

VOLUMEN XV

OCTUBRE-DICIEMBRE

No. 46

Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría

Organo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría
y del Instituto de Investigación Pediátrica



Director: Dr. PASTOR OROPEZA

Tip. VENEGRAF

1952

A Toda Vela



...Gracias a su firme Estructura

El futuro brillante del niño depende mayormente de la clase de alimentación que recibe durante los primeros meses de la infancia, los cuales revisten inmensa importancia en su vida.

Estos son los meses cuando se requieren mayores cantidades de proteína. Y esa es una buena razón por qué DRYCO es frecuentemente recomendado, cuando necesario, para completar o reemplazar la leche materna.

Es la proporción de 2.7 a 1, de proteína a grasa, en las fórmulas de DRYCO lo que hace que esta leche confiable ofrezca

tan primordial ventaja, pues debido a su *nutrición* balanceada y fácil *digestibilidad*, es la que más se aproxima a la leche humana.

Nutrición Sólida—Fortificado Con Vitaminas

Siempre la mejor leche fresca, modificada para proveer una relación de 2.7 a 1 de proteína a grasa, contenido moderado de carbohidrato—permitiendo flexibilidad de la fórmula, enriquecido con vitaminas—y especialmente envasado para retener su frescura original en cualquier clima—eso es DRYCO!

Para informes detallados, escriba a:

THE BORDEN COMPANY

350 Madison Avenue, Nueva York 17, N. Y., E. U. A.

DRYCO

FORTIFICADO CON VITAMINAS



Glaxo Cría Niños Sanos y Robustos



454 gramos

Glaxo-Laboratories, Ltd.
Greenford, Middx.
Inglaterra

La Leche Glaxo desempeña un papel importante en la alimentación infantil por su contenido en Hierro y Vitamina D.

La Leche Glaxo es fácilmente digerible debido a un método particular empleado en su elaboración.

Especialmente preparada para los niños de climas tropicales.

Muestras y literaturas a disposición de los señores Médicos.

Distribuidores:

Liveca, Productos Farmacéuticos, C. A.
Teléfonos 51.930 y 57.410.
Apartado Postal 3618.
Caracas - Venezuela.



*Preferida en
el tratamiento de la*
TOS FERINA
*y de otras
infecciones de la infancia*

La Terramicina es "especialmente valiosa en la práctica pediátrica . . ."
(Wolman, B. and Holzel, S.: Brit. M. J. 1:419, 1952)

Terramicina

Un antibiótico de amplio espectro antimicrobiano . . .
Seguro • Eficaz • Económico

*Disponible en una gran variedad de formas de dosificación para
mayor conveniencia y flexibilidad terapéutica.*

PFIZER INTERNATIONAL SERVICE CO., INC.
25 Broad Street, New York 4, N. Y., U. S. A.



EL MAYOR PRODUCTOR
DE ANTIBIOTICOS
DEL MUNDO

TERRAMICINA
COMBIOTICO
PENICILINA
ESTREPTOMICINA
DIHIDROESTREPTOMICINA
POLIMIXINA
BACITRACINA
COTINAZINA
PRONAPEN

ACIGO

EL GRAN PRODUCTO DE

Guigoz

El ACIGO es una leche Guigoz completa, enriquecida en hierro y Vitamina D, adicionada de harinas seleccionadas, de azúcar nutritivo (dexrina-maltosa) y acidificada por el ácido láctico a razón de 0,4% para el producto reconstituido.

Análisis:

	%
Agua	3,0- 4,0
Materias minerales	3,5- 3,8
Materias grasas	16,5-17,5
Materias proteicas	16,0-17,0
Acidez (en ácido láctico)	2,2- 2,5
Azúcares reductores	38,5-41,0
Cacarosa	17,5-18,0
Hierro	0,002

Por otra parte el Instituto del Estado Suizo para el control de las Vitaminas da los valores siguientes (los valores son dados para un litro de ACIGO reconstituido).

Vitamina A	1.857 U.I.
Vitamina D	280 U.I.
Vitamina B1	8,00 mg.
Vitamina B2	1,88 mg.
Vitamina C	13,50 mg.

En fin, un litro de ACIGO reconstituido contiene 4 mgs. de hierro (FeCl₂) directa y enteramente asimilable.

Producido por GUIGOZ, S. A., Vuadens (Gruyere) SUIZA

En las afecciones
del aparato res-
piratorio,

CA-THIOL pulmobronk

JARABE

Produce efectiva y rápida acción
antiséptica, expectorante y se-
dante de la tos.

No contiene narcóticos.

Ninguna contraindicación en los
niños.

Cada 15 cc. contienen:

Sal Cálcica del Acido	
Guayacol-Sulfónico	0,45 gr.
Fenilcarboxilato Amónico	0,30 gr.
Bromuro de Sodio	0,15 gr.
Exto. de Tolú sol.	0,30 gr.
Sacarosa pura	13,50 gr.
Agua dest. c. s. p.	15 cc.

FRASCOS DE 180 cc.

Laboratorios del Pulmobronk C. A.

Apartado 1841 — Telfs. 83.277 - 93.823

C A R A C A S



**DE FÁCIL
ADMINISTRACIÓN
ORAL**

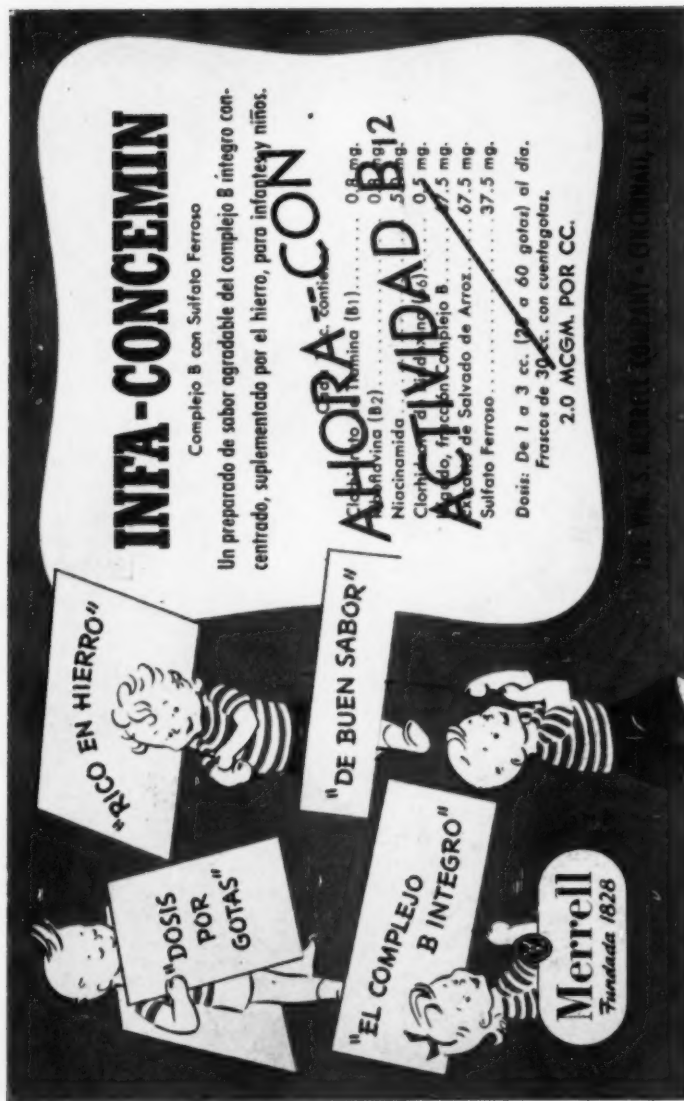
El PALMITATO DE CHLOROMYCETIN se suministra en frascos de 60 cc., conteniendo cada cucharadita (4 cc.) el equivalente de 125 mg. de Chloromycetin.

Parke, Davis & Compañía

Laboratorios Principales, Detroit, Mich., E. U. A.

Branches: Buenos Aires • Habana • Mexico • Panamá • Río de Janeiro





INFA-CONCEMIN

Complejo B con Sulfato Ferroso

Un preparado de sabor agradable del complejo B integral concentrado, suplementado por el hierro, para infantes y niños.

AHORRA CON ACTIVIDAD B12

Cloruro de Hierro (B1)	0.8 mg.
Cloruro de Niacina (B2)	0.8 mg.
Niacinamida	5.0 mg.
Cloruro de Riboflavina (B6)	0.5 mg.
Cloruro de Piridoxina (B6)	0.5 mg.
Cloruro de Cianocobalamina (B12)	67.5 mg.
Sulfato Ferroso	37.5 mg.

Dosis: De 1 a 3 cc. (20 a 60 gotas) al día.

Frascos de 30 cc. con cuentagotas.

2.0 MCGM. POR CC.

Merrell
Fundada 1828

Representantes para Venezuela:

PEDRO PENZINI S. A.

Teléfono 50.181

Apartado Postal 1106

Para el Niño
en
Crecimiento...

"MINEVITAM"

suministra un suplemento alimenticio
adecuado y económico

No obstante a que se toma sumo cuidado en la alimentación de infantes, las comidas que se dan a niños de más de 2 años de edad son frecuentemente de conveniencia materna.

"Minevitam" se toma simplemente como una parte de la comida. Contiene cantidades suplementarias y esenciales de minerales y vitaminas nutritivas en una base de malta de sabor agradable y nutritiva. Su administración no presenta problema alguno para la madre atareada, pues se puede suministrar directamente con una cuchara o mezclado en un vaso de leche.



Muestras y literatura a
disposición de los señores
médicos que las soliciten.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

BAUTE Y VAN DEN BUSCHE, S. A.
Apartado Postal N° 1443
Caracas, D. F.



El único alimento perfecto y completo para la alimentación de niños:

Baby O.K. Acid No. 1 para bebés desde el nacimiento hasta la edad de 5 o 6 meses.

Baby O.K. Normal para bebés de más de 5 o 6 meses.

Ambos están ya cocidos. Son alimentos sabrosos, muy digeribles, fácilmente a preparar y le ahorran tiempo!

**EL ALIMENTO
COMPLETO PARA
NIÑOS**

Baby O.K.

**NO AÑADA SINO
AGUA PARA QUE
SEA COMPLETO**

DISTRIBUIDOR:

ANDRES PEREZ Y PEREZ

**2a. CALLE URBANIZACION LAS FUENTES QUINTA "MAYA" - EL PARAISO
CARACAS - VENEZUELA**

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Vol. XV

Octubre-Diciembre 1952

Nº 46

Director: Dr. Pastor Oropeza

Secretarios de Redacción:

Dr. L. Potenza

Dr. G. Tovar-Escobar

Consejo de Redacción:

Dr. Gustavo Machado

Dr. J. Barnola Duxans

Dr. Ernesto Vizcarrondo

Dr. L. Potenza

Dra. Lya Imber de Coronil

Dr. Miguel Raga

Dr. Ernesto Figueroa

Dr. G. Tovar-Escobar

Dr. Guillermo Degwitz

Dr. J. J. Mayz Lyon

Administrador:

Dr. Ernesto R. Figueroa

Dirección y Administración:

*Archivos Venezolanos de Pueri-
cultura y Pediatría. — Apartado
Postal 3122 — Caracas, Venezuela*

INFORMACION PARA LOS SUSCRIPTORES

Los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría son publicados por la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y el Instituto de Investigación Pediátrica cada tres meses (Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre). Cada número contiene cerca de 100 páginas. Cada año se publica un volumen.

La correspondencia debe dirigirse a: ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA. Apartado Postal 3122, Caracas, Venezuela.

Suscripción anual, Bs. 12,00 (U. S. \$ 4,00).

Número suelto, Bs. 3 (U. S. \$ 1,00).

Los cambios de dirección deben ser notificados inmediatamente.

SUMARIO

Pág.

EDITORIAL

Seminario de trabajo de protección a la infancia	345
---	-----

TRABAJOS ORIGINALES

CARTAYA, J. A.; DE MAJO, B. L., y LARA, G. — Fosfato inorgánico del suero	349
OROPEZA, P., y RAGA MENDOZA, M. — Toxoplasmosis humana en Venezuela	363
MARTINEZ NIOCHET, A. — Hidrocefalia. Su tratamiento quirúrgico por desviación del uréter	369
PRYPCHAN, R. — Tratamiento de la tosferina con Terramicina	383

CASOS CLINICOS

FERRO, G. R., y AYALA, L. A. — Hematuria post-operatoria asociada al uso de la hialuronidasa	391
PADILLA, M.; MOTTA, A.; VIZCARRONDO, E., y POTENZA, L. — Hematuria de larga duración en un niño	395

CRONICAS Y NOTAS

Sala de Recreo "Lya Imber"	405
Problema de la leche pasteurizada	408
Becas "Mead Johnson" para Pediatría	410
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia	412
Jornadas Argentinas de Pediatría	418
IX Congreso Español de Pediatría	420

PROBLEMAS SOCIALES DEL NIÑO: L. Imber de Coronil.

Carencia de cuidados maternos y su influencia en la salud mental del niño.	421
El niño negro americano ante la discriminación racial	423
Terapia ocupacional para niños hospitalizados	425
La arquitectura y el niño	428

LIBROS

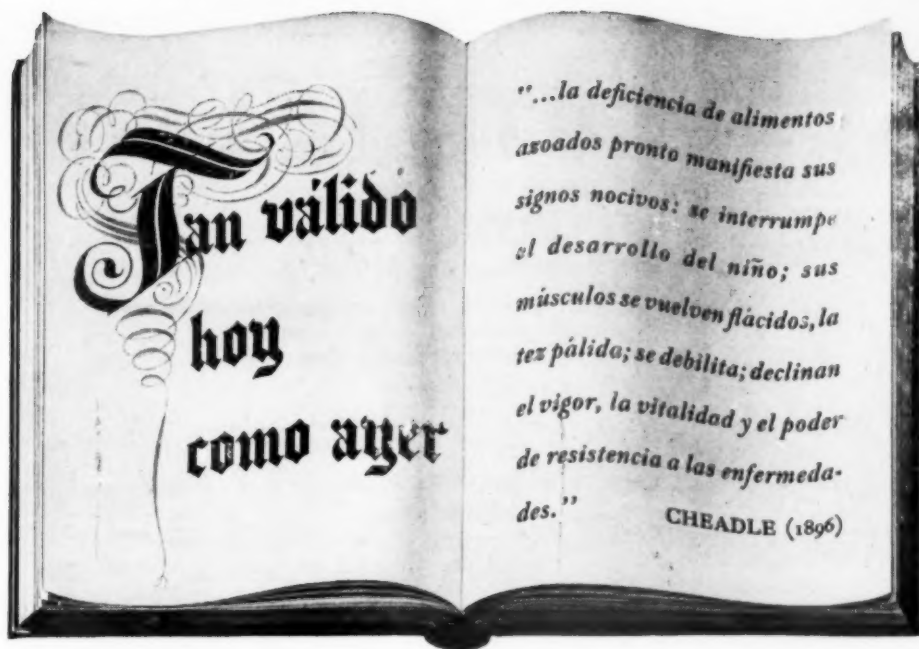
Tratado de Pediatría	432
Patología del vómito en el primer cuatrimestre de la vida	433

REVISTA DE REVISTAS

Resúmenes clasificados de artículos de interés pediátrico	434
--	-----

INFORMACION PARA LOS ANUNCIANTES

La correspondencia relacionada con los anuncios debe ser dirigida a: Administración Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Apartado 3.122, Caracas, Venezuela. Tarifas de precios serán suministradas a los interesados. El Director se reserva el derecho de rechazar anuncios.



Hoy en día las fórmulas de Olac (alimento completo para lactantes) proveen amplia ingestión de proteína

LAS PALABRAS del Dr. Cheadle citadas arriba revelan un conocimiento acerca de la nutrición muy avanzado para su época. Hoy los médicos reconocen no sólo las funestas consecuencias de la deficiencia de proteína, sino también las muchas ventajas de la óptima nutrición proteica.

Reconocido como el alimento ideal para lactantes, tanto prematuros como nacidos a término, el Olac* preparado a la dilución habitual suministra más proteína que la ración diaria recomendada por el Consejo Nacional de Investigación de los E.U.A.

El Olac es un alimento completo. Su contenido de hidratos de carbono consiste de Dextro Malto* (maltosa y dextrinas) y lactosa. En lugar de grasa láctea contiene aceite vegetal muy refinado, que es mucho mejor absorbido que aquélla.

Las fórmulas de Olac se preparan simplemente añadiendo el agua necesaria.

Disponible en droguerías y farmacias en latas de 454 g. a precio módico.

Muestras, literatura y tablas de fórmulas a solicitud.

*Marca Registrada



OFICINA DE PROPAGANDA EN CARACAS
Corazón de Jesús a Perico
Edif. Bretaña - Apto. 8
Telf. 50.810 - Apdo. 3894

ILOTICINA

(ERITROMICINA LILLY)

CRISTALINA

El nuevo antibiótico Bien Tolerado de amplio alcance.

La "ILOTICINA" es un antibacterico poderoso de eficacia comprobada en el tratamiento de muchas infecciones, inclusive las mencionadas en el siguiente cuadro:

MICROORGANISMOS	INFECCIONES
1.—Estafilococos.	Bacteriemia, meningitis, neumonia, osteomielitis.
2.—Estreptococos hemolíticos.	Celulitis, erisipela, abscesos peritonsilares, faringitis, neumonia, escarlatina, angina, amigdalitis, heridas infectadas.
3.—Neumococos.	Empiema, neumonia lobar.
4.—Corynebacterium diphtheriae.	Portadores de difteria.
5.—Estreptococos no hemolíticos.	Algunos casos de endocarditis, infecciones del tracto genitourinario.

Referencias:

1.—Heilman, R. R.; Herrrell, W. E.; Wellman, W. E., and Geraci, J. E.: Some Laboratory and Clinical Observations on a New Antibiotic, Erythromycin ("Iloticina"), Proc. Staff Meet., Mayo Clin., 27:285, 1952.

2.—Haight, T. H., and Finland, M.: Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New England J. Med., 247-227, 1952.

3.—Smith, J. W.; Dyke, R. W., and Griffith, R. S.: Erythromycin: Studies on Absorption Following Oral Administration and on Treatment of 33 Patients, inédito.

4.—Spink, W. W.: Comunicaciones personales.

5.—Romansky, M. J.: Comunicaciones personales.



ELI LILLY PAN-AMERICAN CORP. - Indianápolis 6, Indiana, U. S. A.
LILLY La Casa Originadora de la Eritromicina.

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

Vol. XV

Octubre-Diciembre 1952

Nº 46

EDITORIAL

SEMINARIO DE TRABAJO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Del primero al 21 de septiembre de 1952 se realizó en Venezuela un Seminario Nacional sobre protección a la infancia, el cual fué organizado por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Consejo Venezolano del Niño. Este acontecimiento científico fué consecuencia del Seminario que había tenido lugar con anterioridad en Montevideo, de junio a agosto del mismo año, que constituyó parte del programa de cooperación técnica patrocinado por la Organización de los Estados Americanos (proyecto Nº 32), habiendo concurrido como becario, por Venezuela, el Dr. Rogelio Decanio, secretario seccional del Consejo Venezolano del Niño en el Estado Aragua.

El programa correspondiente fué elaborado por el Dr. Ernesto Vizcarrondo, en su condición de delegado técnico por Venezuela ante el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y por el Dr. Rogelio Decanio. Dicho Instituto envió un brillante equipo de técnicos, formado por el Dr. Víctor Escardó y Anaya, secretario y jefe del Departamento de Salud del ya citado Instituto, y por el Dr. José Pedro Achard, ex-jefe de Menores de Montevideo, y por la señorita Adela Freyre Muñoz, trabajadora social al servicio del Consejo del Niño, del Uruguay. La Dirección General estuvo a cargo del Dr. Ernesto Vizcarrondo, actuando como director técnico el Dr. Víctor Escardó y Anaya. Se tuvo la intención de que el Seminario fuese lo más práctico posible, de tal manera que las visitas a instituciones, tanto oficiales como privadas, constituyó parte esencialísima de las actividades desarrolladas. También fué punto muy importante del programa la participación de técnicos del interior del país en el Seminario, quienes pudieron explicar

EDITORIAL

ellos mismos las instituciones que fueron visitadas en los Estados Miranda, Aragua y Carabobo.

El Seminario fué dividido en tres ciclos: durante el primero se hicieron exposiciones sobre la organización y el funcionamiento del Consejo Venezolano del Niño, sobre la legislación vigente de menores (Estatuto de Menores), sobre el Servicio Social del Consejo Venezolano del Niño y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y sobre la educación pre-escolar y en los establecimientos asistenciales, siendo acompañadas dichas exposiciones por visitas a las instituciones correspondientes. En el segundo ciclo se consideró la organización técnica del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y de las siguientes Divisiones de dicho Despacho: Materno Infantil, Higiene Escolar, Instituto de Nutrición, Tisiología, Epidemiología y Estadística Vital, Educación Sanitaria, Instituto de Hospitales, Malariología y Sanidad Rural, al mismo tiempo que se visitaron algunas instituciones municipales, como el Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos", y algunas instituciones privadas, tales como la Casa Pre-Natal y la Casa Post-Natal de Caracas. Durante el tercer ciclo se continuaron las visitas a instituciones privadas en Caracas (Fundación Mendoza, Hospital Clínica Guadalupe, Talleres del Colegio Salesiano), finalizando este ciclo con las visitas a las instituciones dependientes tanto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como del Consejo Venezolano del Niño en los Estados Miranda, Aragua y Carabobo.

Se mantuvo un gran entusiasmo durante la realización del Seminario, existiendo en todo momento el más perfecto entendimiento y la mayor cordialidad entre el grupo de técnicos enviados de Montevideo y los organizadores venezolanos.

Fué muy amplia y generosa la colaboración prestada por el señor Ministro de Sanidad y Asistencia Social y por los Directores de Salud Pública y de Gabinete del Despacho mencionado, por el señor Presidente y por la Junta Directiva del Consejo Venezolano del Niño y por los dirigentes de las instituciones privadas. Esa colaboración fué factor decisivo para obtener el éxito logrado por el Seminario. La magnitud de la colaboración prestada se puso de manifiesto en el hecho de que en el Seminario participaron 40 funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 30 funcionarios del Consejo Vene-

EDITORIAL

zolano del Niño y 2 jueces de Menores, siendo visitadas un total de 41 instituciones de protección a la infancia, tanto oficiales como privadas, y 17 departamentos dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Consejo Venezolano del Niño.

El número de asistentes fué de 83, a 41 de los cuales se otorgaron diplomas de asistencia regular.

En lo que respecta a la importancia del Seminario y a las observaciones deducidas del mismo, nos parece oportuno reproducir los siguientes párrafos, tomados del informe presentado por el Dr. Ernesto Vizcarrondo sobre el Seminario en referencia ante la III Sesión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos, que tuvo lugar en Caracas en febrero de 1953: "Dió lugar (el Seminario) a un intercambio de ideas muy útiles entre el equipo de técnicos del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y los técnicos venezolanos, y aun entre estos últimos, pues dió oportunidad a cada quien para que enseñase su labor, y así los técnicos en asuntos sociales o jurídicos pudieron conocer la organización sanitaria, y los técnicos sanitarios, a su vez, oyeron las exposiciones de carácter jurídico.

El Seminario realizado en Venezuela nos permitió a los venezolanos hacer un balance de lo que hemos llevado a cabo y de los proyectos futuros en materia de asistencia al niño. Hemos quedado satisfechos de la labor conjunta que hicimos y nos fué particularmente grato oír la opinión favorable de los técnicos enviados por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, sobre la organización de la protección al niño en Venezuela.

La impresión general entre nosotros es la de que este tipo de actividades del Instituto deben continuar en el futuro, y estamos especialmente interesados en tener una participación directa cada vez más estrecha en la cooperación técnica que el Instituto desarrollará en los años venideros.

Consideramos indispensable un intercambio creciente entre los países americanos y al efecto podrían desarrollarse cursos de adiestramiento en los cuales participasen varios países simultáneamente, yendo por consiguiente los becarios a los países

EDITORIAL

incluidos en dichos cursos. Ello permitiría discutir nuestros problemas técnicos con sano espíritu crítico, con el objeto de seleccionar los procedimientos más adecuados que deban ser puestos en práctica en materia de protección a la infancia.

Finalmente, es de toda justicia reconocer que el Instituto Internacional de Protección a la Infancia se ha anotado un triunfo más, entre los muchos que ha obtenido en su fructífera existencia, al organizar estos Seminarios que forman parte del plan 32 de la Organización de los Estados Americanos, y se ha hecho acreedor al reconocimiento de los países que participaron en las actividades desarrolladas durante el año de 1952.

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO (*)

I.—Variaciones de la concentración después de la administración oral de fosfato disódico.

Dr. JOSE AVELINO CARTAYA (**) BERTHA LUISA DE
MAJO (***) Dr. GERMAN LARA (****)

INTRODUCCION

En el estudio clínico del raquitismo se acostumbra a utilizar una serie de exámenes complementarios de rutina para el diagnóstico y la evolución de la enfermedad, exámenes éstos ampliamente conocidos: rayos X, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina; Warkany (1) propuso, además, la "curva fosfatémica", menos conocida en nuestro medio. A esta última prueba se refiere la presente investigación, en la cual nos referimos al comportamiento del fósforo inorgánico del suero, después de la administración por vía oral de cantidades conocidas de fosfato de sodio en niños sanos.

El fósforo inorgánico del suero se encuentra disminuido en el raquitismo; con un tratamiento adecuado, ergosterol irradiado (2), se eleva rápidamente. Esta observación clínica ha sido comprobada en pacientes y experimentalmente por Harris y Stewart (3) en ratas y conejos sometidos a dietas sintéticas con una relación de Ca/P normal, al conseguir un aumento del 50 % de P inorgánico del suero, y un 25 % de calcio, con la adición de 0,1 de ergosterol irradiado. Harris (4), administrando vitamina D en exceso, comprobó un aumento de calcio y fósforo en el suero. Waschorn (5) observó que la administra-

(*) Trabajo realizado en el Instituto de Investigación Pediátrica con la colaboración de la Casa-Cuna Concepción Palacios.

(**) Jefe del Departamento de Bioquímica del Instituto de Investigación Pediátrica. Profesor Asociado de las Cátedras de Bioquímica de las Facultades de Medicina y Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

(***) Técnica de Laboratorio del Instituto de Investigación Pediátrica.

(****) Médico adjunto de la Casa-Cuna Concepción Palacios, Médico del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos".

CARTAYA, DE MAJO, LARA

ción de ergosterol irradiado disminuye el contenido de calcio y fósforo en las heces. Massengale y Nussmeier (6), estudiando el comportamiento del calcio y el fósforo del suero, en dietas carentes de vitamina D y con proporciones de Ca/P igual a 8/1 y 5/1, pudieron comprobar que el fósforo inorgánico del suero disminuyó rápidamente, volviendo a sus niveles normales después de la administración de ergosterol irradiado. Nicolaysen (7), estudiando la eliminación de calcio y fósforo por las heces, en ratas carentes de vitamina D y ratas con suplemento de 50 unidades diarias, comprobó que la eliminación era mayor en las ratas deficientes.

Albright y Sulkowitch (8) demostraron que la terapia con vitamina D disminuye el calcio y el fósforo de las heces y aumenta estos elementos en el suero sanguíneo. Cohn y Greenberg (9), utilizando fósforo radioactivo, demostraron que la vitamina D facilita la absorción del fósforo. Schneider y Stennbock (10), sometiendo a un grupo de ratas a una dieta sintética pobre en fósforo, libre de vitamina D y adecuada en los otros principios nutritivos, lograron producir raquitismo, no sufriendo los animales ningún trastorno, al ingerir fósforo y vitamina D.

De lo anteriormente expuesto, se deduce que la vitamina D posee una acción en la absorción del fósforo y provoca un aumento de este mineral en el suero. Warkany (1) estudió el comportamiento del fósforo inorgánico del suero después de la administración de una cantidad adecuada de fosfatos en niños normales y en raquíticos, demostrando que en estos últimos el fósforo no aumentaba en el suero después de la ingestión de fosfatos, como sucede en el niño normal.

En la presente investigación nos interesó comprobar los datos de Warkany (1) en niños clínicamente normales, y dedicaremos otro estudio posterior a casos patológicos. Igualmente nos pareció importante la posibilidad de acortar la prueba, para evitar un ayuno prolongado en niños enfermos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 50 niños entre 0 y 8 años de edad, seleccionados en casas-cunas como niños clínicamente normales.

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO

Procedimiento.

Después de 10 horas en ayunas se hace ingerir al niño 0,5 gr. de fosfato disódico por kilogramo de peso, disuelto en aproximadamente 100 cc. de agua. Las muestras de sangre se obtuvieron en ayunas, a la primera, segunda y tercera hora de la ingestión de la dosis. El fosfato inorgánico del suero fué determinado por el método de Fiske y Subba Row (11).

RESULTADOS

La tabla N° 1 y las figuras 1 y 2 resumen los resultados obtenidos en el presente trabajo.

En la tabla hemos anotado las cifras de fosfato inorgánico del suero en ayunas y a la primera, segunda y tercera hora, después de haber administrado el fosfato disódico.

El fosfato inorgánico en ayunas osciló entre 3,10 y 5,30 mg.%, con un promedio de 4,16 mg.% \pm D. S. 0,4, y un error standard de 0,056.

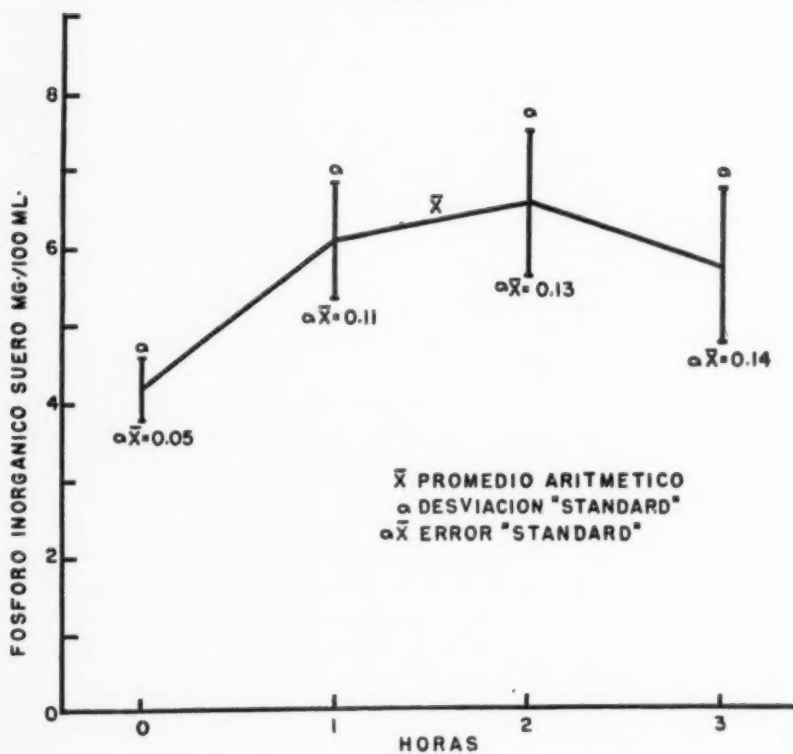
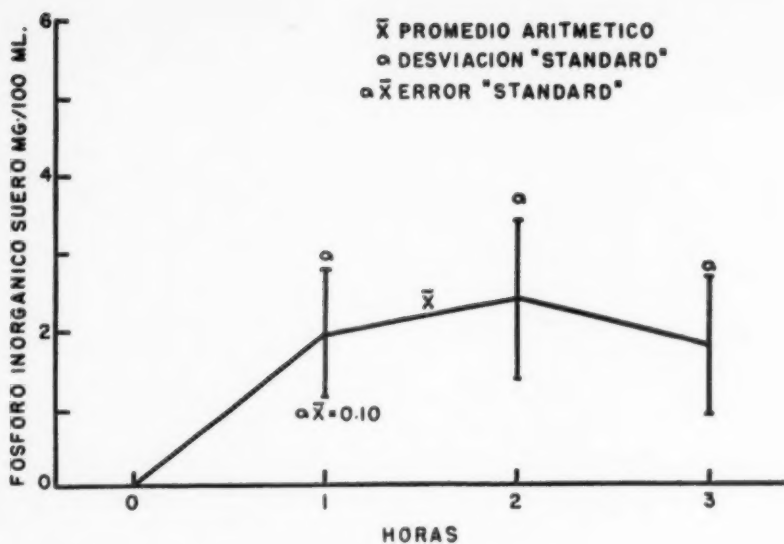
De acuerdo con estos datos, las cifras de fosfato inorgánico del suero, de los 50 niños en ayunas, se encuentran entre los valores anteriormente citados, con un promedio de 4,16 mg.% \pm 0,4. Estos valores iniciales de fosfato inorgánico del suero, los estamos corrigiendo al estudiar un mayor número de casos, para que posean verdadera significación estadística, especialmente en relación con las edades.

A la hora de haber administrado el fosfato, se obtuvo una muestra de sangre con los siguientes resultados: se efectuó un aumento de fosfato inorgánico entre 4,90 y 8,30 mg.% con un promedio de 6,09 mg.% \pm 0,77; error standard 0,111.

A las dos horas de la ingestión del fosfato disódico, los valores de fosfato inorgánico del suero son siempre superiores a los valores iniciales, oscilando entre 4,90 y 9,40 mg.%, con un promedio de 6,60 \pm 0,95; error standard 0,134.

En la tercera y última hora de la prueba, encontramos un fosfato inorgánico del suero que varía entre 3,30 y 8,40 mg.% promedio 5,78 \pm 1,02; error standard 0,145.

Los valores de la tabla están representados de una manera gráfica en la figura N° 1, en la cual observamos la curva de los promedios y la desviación correspondiente.



DETERMINACION DE FOSFATO INORGANICO DEL SUERO
(mgs. %)

TABLA I

Nº de casos	En ayunas	1ª hora	2ª hora	3ª hora
1	4,3	5,4	5,2	4,9
2	4,0	5,4	4,9	4,8
3	4,4	4,5	5,1	4,6
4	4,3	5,4	6,3	5,7
5	4,3	5,7	5,8	4,9
6	4,4	8,3	6,2	5,9
7	3,9	5,8	6,2	6,2
8	3,7	5,7	5,7	4,5
9	4,1	5,4	5,3	4,9
10	4,0	6,3	7,0	6,8
11	4,8	5,3	5,7	4,9
12	4,7	6,1	7,1	
13	3,7	5,1	5,7	5,1
14	4,7	6,6	6,2	6,4
15	4,6	6,1	6,5	4,5
16	4,2	7,3	7,9	7,2
17	4,3	5,2	5,6	5,4
18	3,8	6,9	8,3	7,2
19	4,8	6,2	5,8	5,5
20	5,1	6,4	8,8	6,3
21	4,4	6,8	8,0	7,4
22	3,8	6,4	6,8	6,5
23	4,4	6,8	7,5	6,9
24	3,5	6,7	8,5	8,4
25	4,8	7,7	8,1	5,4
26	4,5	6,2	5,3	5,0
27	3,1	5,2	6,2	3,3
28	3,7	5,6	5,6	5,4
29	4,1	5,3	5,3	5,5
30	5,2	6,7	7,4	6,1
31	4,4	5,3	7,3	5,2
32	5,3	6,6	7,1	7,1
33	4,1	5,3	7,3	6,6

CARTAYA, DE MAJO, LARA

Nº de casos	En ayunas	1ª hora	2ª hora	3ª hora
34	4,1	6,7	6,5	5,7
35	4,1	6,9	7,1	6,7
36	3,5	7,8	8,1	7,2
37	4,8	6,8	8,9	7,9
38	4,6	7,4	8,9	7,8
39	3,8	5,4	6,3	5,9
40	4,7	5,8	5,8	5,1
41	3,6	5,1	5,1	4,9
42	3,1	5,7	5,2	4,9
43	3,3	4,9	6,3	5,6
44	3,4	5,0	5,1	4,6
45	3,9	4,7	5,1	4,7
46	4,0	5,3	5,1	4,2
47	4,1	6,7	7,1	7,3
48	3,7	5,7	7,2	6,9
49	3,4	7,2	7,4	7,1
50	4,6	7,8	9,4	8,0
<i>Promedio</i>	4,16	6,09	6,60	5,78
<i>Desv. St. *</i>	+ 0,4	+ 0,77	+ 0,95	+ 1,02
<i>Error St.</i>	0,05	0,11	0,13	0,14

$$* \sigma = \sqrt{\frac{\sum x^2}{N-1}}$$

$$\Delta \sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{N}}$$

En los cincuenta casos, considerados normales, siempre se presentó un ascenso del fosfato inorgánico del suero, después de la administración del fosfato disódico. Al final de la primera hora generalmente se observó un aumento, no así durante la segunda hora en que la desviación standard fué mayor en relación con la de las dos primeras muestras; para la tercera hora el pro-

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO

medio comienza a descender y todavía nos muestra una desviación standard apreciable. Esto significa cierto grado de dispersión, ya que no siempre el fosfato inorgánico desciende en esta hora y en un buen número de casos se mantiene todavía elevado.

Es interesante estudiar las diferencias existentes, entre los valores iniciales tomados como cero, y los valores del fosfato inorgánico del suero; después de la administración del fosfato disódico, es decir a la primera, segunda y tercera hora de la prueba.

Estas diferencias pueden verse en la figura N° 2, en la cual partimos de un valor cero para todos los valores iniciales y anotamos en las horas correspondientes las diferencias del valor inicial con los miligramos de fosfatos encontrados en las diferentes pruebas.

Al final de la primera hora, las diferencias con los valores en ayunas dió un promedio de $1,98 + 0,829$; en la segunda hora el promedio fué de $2,42 + 1,043$, y en la tercera hora de $1,82 + 0,892$.

Resumiendo, los valores de fosfato inorgánico del suero de los 50 niños en ayunas fueron modificados por la administración oral de 0,5 gr. de fosfato disódico por kilogramo de peso; la modificación consistió en un aumento constante del fosfato, a la hora de haber ingerido el fosfato disódico, más disperso en las dos determinaciones siguientes. Debido a esta constancia del ascenso del fosfato inorgánico del suero, durante la primera hora, después de la administración de la dosis de prueba, y a la mayor dispersión de las cifras encontradas en las otras dos horas; nos parece suficiente investigar el fosfato inorgánico del suero en ayunas, y una hora después de la administración de fosfato disódico; de esta manera quedaría acortada la prueba, lo que no deja de ser una ventaja, si recordamos que los niños deben permanecer en ayunas hasta el final de ésta.

DISCUSION

En todos los niños clínicamente normales se observó un ascenso del fosfato inorgánico del suero, después de la ingestión de fosfato disódico; este ascenso fué uniforme en la primera hora ($D. S. + 0,4$); la absorción sigue en aumento en la segun-

CARTAYA, DE MAJO, LARA

da y a veces en la tercera hora, observándose generalmente un descenso en esta última; por lo tanto, podría acortarse la prueba limitando la observación a una muestra en ayunas y otra a la hora de la ingestión del fosfato.

La altura de la curva, o sea la elevación del fosfato del suero, parece ser lo más importante de la prueba, ya que la duración de la misma es muy difícil de interpretar, pues sería necesario considerar una serie de factores que escapan a nuestro control; como es la posible acción de la vitamina D en la distribución del fósforo en el organismo (4), el papel desempeñado en la regulación del fósforo por el hueso, riñón, paratiroides y, por último, las transformaciones de las combinaciones del fósforo orgánico en inorgánico (9). Toda esta serie de factores hacen concluir a Shimatori y Morgan (12) que "la vitamina D aumenta el fósforo inorgánico sanguíneo a expensas de otras fuentes que no es la absorción".

Estudios realizados con fósforo radioactivo permiten a Cohn y Greenberg (13) observar que su absorción, administrado como $\text{Na}_2 \text{HP0}_4$, es más rápida en las dos primeras horas y termina a las ocho horas, y que esta absorción nunca es completa; se pierde aproximadamente un 30 a 40% del fósforo ingerido.

En cuanto al mecanismo de acción de la vitamina D en el intestino, para la absorción del fósforo, es muy discutido; Nicolaysen (14) demuestra que el fosfato de potasio y el glicerofosfato de sodio se absorben igualmente en ratas normales y en ratas sometidas a una dieta deficiente en vitamina D. La velocidad de absorción en asas intestinales aisladas, es proporcional a la concentración, y no es inhibida por el ácido Iodo acético. Los ésteres fosfóricos se absorben directamente sin hidrólisis previa.

El mismo autor (15), en otra investigación, piensa que la acción de la vitamina D en el intestino de las ratas, se ejerce directamente sobre el calcio, y que la falta de absorción del fósforo en las deficiencias de dicha vitamina es debida a una precipitación de este elemento por exceso de calcio en el intestino.

Según Ashford (16), el aumento de fósforo inorgánico que acompaña la hipervitaminosis D, no produce ningún cambio en el contenido de fósforo orgánico soluble en ácidos.

Por otra parte, Cohn y Greenberg (9) concluyen que el aumento del fósforo inorgánico del suero, disminuye este elemento

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO

en las heces, y piensan que la vitamina D podría facilitar la absorción y disminuir la excreción del fósforo por el intestino. Esto si no se usan dosis muy elevadas de la vitamina, pues se ha observado (17) que cantidades excesivas de vitamina D causan una pérdida de fósforo del organismo. Watchorn (18) demuestra con dosis excesivas de ergosterol irradiado una disminución de la retención de fósforo y calcio y que estos minerales están aumentados consecuentemente en orina y heces.

Albright y Sulkowitch (8) demuestran la acción de la vitamina D, disminuyendo el Ca y el P de las heces y aumentándolos en el suero. Nicolaysen (7) demuestra que la pérdida de fósforo está aumentada con la ingestión de calcio, pero es mayor en ratas deficientes en vitamina D.

Recientemente, Zatterstrom, R. (19) ha publicado un método para obtener vitamina D₂ fosforilizada (D₂P), en esta forma la vitamina es hidrosoluble y permite ser estudiada en medio acuoso. El mismo autor estudia la acción de la vitamina D₂P sobre la actividad de la fosfatasa alcalina renal y concluye que esta vitamina se comporta como activadora de dicha fosfatasa, facilitando la reabsorción del fósforo a nivel del riñón.

Zetterstrom, R., y Ljunggren, M. (20) demostraron que la vitamina D₂P activa a las fosfatasas del riñón, intestino y hueso.

Por consiguiente, y como lo dicen los mismos autores, la vitamina D₂ actuaría activando las fosfatasas del intestino, riñón y hueso, facilitando de esta manera la absorción, reabsorción y fijación del fósforo respectivamente.

Estos trabajos son interesantes y, de ser comprobados, resuelven el problema del modo de acción de la vitamina D₂. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el ascenso producido por la ingestión de fosfato disódico sería debido a la activación de las fosfatasas por la vitamina D₂ en el intestino y probablemente en el riñón. En el caso de carencia de esta vitamina, no existiría absorción en el intestino ni reabsorción en el riñón, por lo tanto no se efectuaría ascenso del fósforo inorgánico del suero.

De esta manera y de acuerdo con Warkany (loc. cit. 1) creemos que la curva de fósforo es una prueba más para el diagnóstico del raquitismo. Como toda prueba, tiene sus causas de error, que el clínico tiene que pesar para evitar malas interpretaciones.

CARTAYA, DE MAJO, LARA

Según el mismo autor, normalmente la dosis de fosfato disódico produce un aumento de 2,5 a 4,5 mgr. por 100 cc., con promedio de 3,4 mgr. En el raquitismo existe un leve aumento en respuesta a la prueba, siendo el término medio de 0,4 mgr. por 100 cc., no pudiéndose notar a veces ninguna modificación.

Los cambios radiológicos en la evolución favorable de un raquítico tratado adecuadamente son lentos, la prueba a la cual nos referimos sería una indicación para la evolución en el tratamiento del raquitismo.

Existen otras enfermedades óseas, como la osteogénesis incompleta, que podría en algunos casos prestarse a confusión con el raquitismo o ir acompañada de él; la prueba del fosfato inorgánico del suero podría orientar al clínico y los otros exámenes complementarios darle el diagnóstico definitivo.

La determinación del fosfato inorgánico del suero, después de la administración de fosfato disódico por vía oral, no excluye ninguna de las pruebas hasta el presente usadas en el estudio del raquitismo, pero por lo sencillo de la misma y junto con el estudio de las fosfatasas, calcio y radiología, ayuda en el diagnóstico de este síndrome.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Se estudiaron las variaciones del fosfato inorgánico del suero, en 50 niños de 0 a 8 años de edad, clínicamente normales, en ayunas y después de la ingestión de fosfato disódico.

2) Se comprobó un ascenso del fosfato inorgánico del suero en ayunas, una, dos y tres horas después de la administración del fosfato.

3) Las diferencias entre el fosfato inorgánico del suero, en ayunas y después de la primera, segunda y tercera hora de la ingestión del fosfato disódico, nos dieron los siguientes resultados:

A la primera hora: $1,98 \text{ mg. \% } \pm 0,82$.

A la segunda hora: $2,42 \text{ mg. \% } \pm 1,043$.

A la tercera hora: $1,82 \text{ mg. \% } \pm 0,89$.

4) Los valores de fosfato inorgánico del suero, en ayunas, de los niños estudiados variaron entre 3,10 y 5,30 mg. %, con un promedio de $4,16 \pm 0,4$, y un error standard de 0,056.

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO

5) Con el objeto de acortar la prueba, y de acuerdo con los valores de fosfato inorgánico del suero obtenido en las diferentes etapas del método expuesto, proponemos reducir la prueba a dos determinaciones de fosfato inorgánico del suero: en ayunas y a la hora de la administración por vía oral, de la dosis recomendada de fosfato disódico.

Agradecemos a la Casa-Cuna "Concepción Palacios" la colaboración prestada en contribución a este trabajo.

SUMMARY

1) The different changes after serum inorganic phosphate was studied in 50 children of 0 to 8 years old, clinically normal, in fasting state and after the ingestion of Disodium Phosphate.

2) An increase over the fasting level was observed in the first, second and third hour after the ingestion of the test dose.

3) The following result were obtained expressed as the difference between the fasting level and after the test dose.

After first hour: $1.98 \text{ mg. \% } \pm 0.82$.

At the second hour: $2.42 \text{ mg. \% } \pm 1.043$.

At the third hour: $1.82 \text{ mg. \% } \pm 0.89$.

4) The serum inorganic phosphate state of the 50 children ranged between 3.10 and 5.30 mg. % with an average of 4.16 ± 0.4 ; standard error 0.056.

5) According to our results the test could be simplified without losing any of its value, by using only the fasting level and the first hour determination.

REFERENCIAS

1. WARKANY, J. — "Die Phosphatamische Kurve des normalen und des rachitischen Organismus". Ztschr. f. Kinderh., 46:1, 1928.
2. HESS, A. F., and LEWIS, J. M. — "Clinical experience with irradiated ergosterol". J.A.M.A., 91:783, 1928.
3. HARRIS, L. J., and STEWART, C. P. — "The effect excessive doses of irradiated ergosterol on the calcium and phosphorus content of the blood". Bioch. J., 23:206, 1929.
4. HARRIS, L. J., and INNES, J. R. M. — "The mode of ac-

CARTAYA, DE MAJO, LARA

- tion of vitamin D. Studies on hypervitaminosis D. The influence of the calcium phosphate intake". *Bioch. J.*, 25:367, 1930.
5. WATCHORN, E. — "The absorption and excretion of calcium and phosphorus by rats receiving excessive doses of irradiated ergosterol". *Bioch. J.*, 24:631, 1930.
 6. MASSENGALE, O. N., and NUSSMEIER, M. — "The action of activated ergosterol in the chicken. The effect on the calcium and inorganic phosphorus of the blood serum". *J. Biol. Chem.*, 87:415, 1930.
 7. NICOLLAYSEN, R. — "Studies upon the mode of action of vitamin D. The influence of vitamin D on the faecal output of endogenous calcium and phosphorus in the rat". *Bioch. J.*, 31:107, 1937.
 8. ALBRIGHT, F., and SULKOWITCH, H. W. — "The effect of vitamin D on calcium and phosphorus metabolism; studies on four patients". *J. Clin. Invest.*, 17:305, 1938.
 9. COHN, W. E., and GREENBERG, D. M. — "Studies in mineral metabolism with the aid of artificial radioactive isotopes. The influence of vitamin D on the phosphorus metabolism of rachitic rats". *J. Biol. Chem.*, 130:625, 1939.
 10. SCHNEIDER, H., and STEENBOCK, H. — "A low phosphorus diet and the response of rats to vitamin D₂". *J. Biol. Chem.*, 128:159, 1939.
 11. FISKE, C. H., and SUBBA ROW, V. — "The colorimetric determination of inorganic phosphate". *J. Biol. Chem.*, 66:375, 1925.
 12. SHIMOTORI, N., and MORGAN, A. F. — "Mechanism of vitamin D action in dogs shown by radioactive phosphorus". *J. Biol. Chem.*, 147:201, 1943.
 13. COHN, W. E., and GREENBERG, D. M. — "Studies in mineral metabolism with the aid of artificial radioactive isotopes. Absorption, distribution and excretion of phosphorus". *J. Biol. Chem.*, 123:185, 1937.
 14. NICOLAYSEN, R. — "Studies upon the mode of action of vitamin D. The absorption of phosphates from isolated loops of the small intestine in the rats". *Bioch. J.*, 31:1086, 1937.
 15. NICOLAYSEN, R. — "Studies upon the mode of action of

FOSFATO INORGANICO DEL SUERO

- vitamin D. The influence of vitamin D on the absorption of calcium and phosphorus in the rat". *Bioch. J.*, 31:122, 1936.
16. ASHFORD, C. M. — "The phosphorus distribution in blood and the calcium and phosphorus excretion during hipervitaminosis D". *Bioch. J.*, 24:661, 1930.
 17. LIGHT, R. F.; MILLER, G., and FREY, C. N. — "Studies on the effects of overdosage of vitamin D". *J. Biol. Chem.*, 84:487, 1929.
 18. WATCHORN, E. — "Irradiated ergosterol and calcium free diet: effect on calcium and phosphorus metabolism". *Bioch. J.*, 24:1560, 1930.
 19. ZETTERSTROM, R. — "Phosphorylation of Vitamin D₂ and the action of the phosphorylated compound on alkaline kidney phosphatase". *Nature*, 167:409, 1951.
 20. ZETTERSTROM, R., and LJUNGGREN, M. — *Acta Chem. Scandinav.* 5:283, 1951. Citado por *Nutrition Reviews*, 10:25, 1952.



TOXOPLASMOSIS HUMANA EN VENEZUELA

Dres. PASTOR OROPEZA (*) y MIGUEL RAGA MENDOZA (**)

Aunque ya Bela de Gavaller había encontrado lesiones de toxoplasmosis congénita en fetos autopsiados en el Servicio de Anatomía Patológica de la Maternidad "Concepción Palacios" (1), presentamos hoy a esta reunión, con el fin de insistir sobre este problema pediátrico, el primer caso observado en Venezuela, durante la vida en un niño perteneciente a nuestro servicio N° 3 del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos", diagnosticado y estudiado en la misma época en que se realizaron las investigaciones de Gavaller. En efecto, la comunicación preliminar en Venezuela se hizo tanto desde el punto de vista clínico como anatomo-patológico en función docente por los Dres. Oropeza y Gavaller en una lección clínica dictada ante el II° Curso de Post-Grado de Puericultura y Pediatría 1950-1951. Lo hicimos, no sólo por la rareza clínica del caso, sino porque la lectura continua y periódica de las revistas de medicina dedicadas a la Pediatría, nos enseñan de que, a medida que se divulga entre los prácticos, este problema y de que se perfeccionan las técnicas de diagnóstico, la casuística aumenta. Sin pecar de exagerados, nos atrevemos a afirmar que ya están muy cerca de la cincuentena los casos estudiados.

Su ubicación geográfica es de lo más cosmopolita. Se le ha encontrado en Africa (Túnez), diversos países europeos, Checoslovaquia (primer caso humano encontrado por Janku en Praga 1923), Holanda, Italia, España, Alemania, Francia, Suecia y para referirnos a nuestra América, abunda en los Estados Unidos y se ha señalado su presencia en el Brasil, Perú, Panamá y Colombia, donde ha sido estudiada con todo lujo de detalles por los Dres. Manuel Roca García, Jorge Camacho Gamba y Gonzalo Guerra Gómez (2).

Nada nuevo vamos a agregar a lo que se conoce actualmente sobre esta enfermedad. Fué en 1908, que Nicolle y Manceaux

(*) (**) Del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos".

OROPEZA, RAGA

hallaron por vez primera el parásito. Se trata de un prozoario de tipo intra o extra celular y conocido en parasitología con el nombre de *Toxoplasma Gondi* (nombre que deriva de su morfología en forma de arco y del roedor africano en el cual se encontró).

La epidemiología nos demuestra la frecuencia de este parásito en numerosos animales domésticos y salvajes, así como en aves y reptiles diversos. La transmisión todavía es un enigma, y si la experimentación concluye de que el mecanismo de contagio se puede realizar por aplastamiento mecánico o por vía oral, lo más interesante para la Pediatría es averiguar la transmisión transplacentaria. Una pequeña lesión de las vellosidades coriales hace suponer el paso de la sangre materna al feto. Otros creen que no es necesaria tal lesión para el paso de la madre al niño. Tampoco está elucidado el contagio del animal al hombre. Una vez invadido el organismo, sea animal o humano, el parásito se multiplica y se localiza en los más distintos órganos, habiéndose observado predilección especial por el sistema nervioso, ojos, hígado y bazo.

Desde el punto de vista clínico, podemos considerar las siguientes formas:

a) *Forma congénita de la toxoplasmosis infantil.* — Se le señala como un agente de mortinatalidad, y para no hablar sino de la experiencia vernácula, Gavaller encontró lesiones generalizadas, pero más marcadas en el encéfalo, en un prematuro muerto a las cuatro horas de edad, y donde se puso en evidencia el *Toxoplasma gondi*. Igualmente, encontró lesiones similares en un segundo niño, que murió con lesiones cerebrales y viscerales generalizadas, y en un tercero que presentó una meningoencefalitis con necrosis y calcificaciones cerebrales, acompañado de una extensa hidrocefalia interna. En estos dos últimos no se demostró la presencia del parásito.

b) *Formas adquiridas de la toxoplasmosis infantil.* — Niños con encéfalomielitis aguda, coriorretinitis y atraso mental. La hidrocefalia está casi siempre presente, así como calcificaciones intracraneanas muy típicas. Toda hidrocefalia y lesiones meningo-encefálicas, traducidas por trastornos psíquicos y somáticos, ameritan la búsqueda del toxoplasma.

c) *Forma manifiesta aguda de los adultos.* — El cuadro es

TOXOPLASMOSIS

muy complejo y no puede ser resuelto sino por el laboratorio, ya que los enfermos presentan fiebre, signos de encefalitis aguda, trastornos gastro intestinales con hepatomegalia, lesiones miocárdicas y, como hecho resaltante, síntomas pulmonares parecidos al de la neumonitis intersticial causada por virus o bacilos de influenzae y erupciones cutáneas, muy semejantes al tifus exantemático o la fiebre maculosa de las Montañas Rocosas.

d) *Toxoplasmosis latente*. — Como su nombre lo indica, se trata de formas absolutamente asintomáticas. Aquí el problema se complica, pues las pruebas biológicas y las encuestas efectuadas últimamente, con ellas evidencian que tal enfermedad existe con más frecuencia de lo que se creía anteriormente. Estas pruebas biológicas son: Prueba de neutralidad, descrita por Sabin y Ruchman; prueba de fijación del complemento, descrita por Warron y Sabin; la prueba de neutralización "in vitro", mediante el uso del colorante azul de metileno, descrita por Sabin y Feldman, y la intradermorreacción, mediante el uso de la "toxoplasmina", descrita por Frenkel. Estas investigaciones se están realizando sobre todo en Alemania y los Estados Unidos. Wespthal, en Alemania, registró una incidencia de 2 % de la toxoplasmosis latente en la población de Hamburgo, y le asigna un papel de primer plano a la toxoplasmosis como agente de mortinatalidad. En los Estados Unidos, Humphries, de Birmingham, y Grulee, Jr., de New Orleans (3) han investigado últimamente con la prueba del azul de metileno y la prueba cutánea con antígeno de ratón su existencia en 200 niños hospitalizados en hospitales americanos, lo que les hace concluir que la forma asintomática de la enfermedad es muy frecuente.

Descripción del caso.

Historia N° 24029. Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos". S. R., nacida el 3 de enero de 1949, fué admitida el 3 de mayo de 1951 y enviada al Servicio N° 3 por la consulta externa con el diagnóstico provisional de anemia. Entre los antecedentes familiares, podemos anotar: padre de 32 años, madre de 27 años, ambos aparentemente sanos. Un tío materno padeció de tuberculosis pulmonar, pero no tuvo ningún con-

OROPEZA, RAGA

tacto con la paciente. Tiene 3 hermanos de 6, 4 y 1 años de edad, respectivamente. Gozan de salud aparente. Y en cuanto a los antecedentes personales, cabe señalar: la niña nació de parto a término; en los últimos días del embarazo, la madre presentó hemorragias abundantes, pero el parto fué rápido, violento y sin ninguna otra complicación. Al segundo día de vida, presentó fiebre de tres días de duración y se instaló una ictericia intensa con heces coloreadas y orinas rojizas que duró hasta el cuarto mes. Al octavo día, presentó hemorragia umbilical y al mes justo sufrió de proceso respiratorio agudo con fiebre y tos de tipo coqueluchoide. Se hizo el diagnóstico de tosferina; el proceso duró cuatro semanas. Desde entonces la niña continuó pálida, con constipación tenaz y catarros frecuentes. Su desarrollo se hizo muy lento. Sostuvo la cabeza a los cuatro meses. Se sentó al año.

La niña es miembro de una familia campesina de Baruta, población situada en los alrededores de Caracas, de nivel económico y cultural muy bajo. Nos informan que fué lactada al seno durante los dos primeros meses, y la investigación nutricional nos hace sospechar que ha estado sometida siempre a un régimen desequilibrado.

Examen clínico. Peso, 9 kilos con 700 grs.; talla, 83 cms. (hipotrofia pondoestatural). Circunferencia cefálica, 44; torácica, 49, y abdominal, 50. Microcefalia. Palidez. Niña irritable con llanto a ratos, sin estímulo aparente. No se sostiene en pie, no habla. Dientes en número de 18. Amígdalas hipertróficas; no hay adenopatía. Taquicardia. Ruidos cardíacos normales. El abdomen está moderadamente aumentado de tamaño. El borde superior del hígado está al nivel del quinto espacio intercostal y en cuanto al inferior se palpa muy bien a 3 cms. por debajo del reborde costal en la línea mamilar. El borde inferior del bazo es palpable a 7 cms. del reborde costal izquierdo al nivel de la línea axilar. Enoftalmo derecho, párpado derecho semicerrado con un globo ocular atrófico; el izquierdo, aparentemente normal, revelando el fondo de ojo foco de coroiditis en la región macular.

La coexistencia de anemia, idiocia y hepatoesplenomegalia, acompañada de coroiditis, nos hicieron pensar en una toxoplasmosis congénita que fué corroborada por los siguientes datos

TOXOPLASMOSIS

de laboratorio. La reacción de Sabin y Feldman, practicada tanto en los sueros de la madre como en los de la niña, fué realizada en el National Institute of Health, Bethesda, Maryland, Estados Unidos de América (cortesía del Prof. Félix Pifano), y dió un resultado positivo para la enfermedad de 1: 1024, y para la madre de 1: 512. El mismo Dr. Pifano se ocupa de practicar inoculaciones intracerebrales en ratones (los primeros resultados han sido negativos). La radiografía del cráneo nos demostró calcificaciones intracraneales muy abundantes (radiografía N° 12278). La coriorretinitis y las calcificaciones intracraneales definen desde el punto de vista clínico esta infección, excluidas se entiende las otras afecciones que pueden determinar calcificaciones tales como la esclerosis tuberosa, la cisticercosis, los tumores cerebrales y, por sobre todo, la torulosis, la entidad clínica que podría prestarse más a confusión.

La niña permaneció dos meses y medio en el hospital, habiéndose tratado con transfusiones, penicilina y aureomicina (los sulfas y este último antibiótico, así como las diazonas, han demostrado ser muy eficaces en las infecciones experimentales), habiéndose logrado solamente una ligera mejora de la anemia y una disminución de la hepatoesplenomegalia. Sobre el cuadro clínico, desde el punto de vista general, no se observó ninguna alteración. No hubo modificación apreciable en la temperatura y, en cuanto al psiquismo, permaneció indiferente o excitada con gritos inarmónicos.

Exámenes de Laboratorio practicados.

1-5-51.—G. R. 2.010.000. Hemoglobina, 4 grs. 24. Hematocrito, 11 % (anisocitosis, Poiquilosis).
G. B. 10.100: (Bast. 2 Segts 26 Linfoc. 70 Monocit 2).
Plaquetas, 120.530. Método de Fonio.
Volumen Globular Medio: 68 micras cúbicas.
Diámetro Globular Medio: 7 micras.
Promedio Espesor Globular Medio: 1,7 micras.
Resistencia Globular: máxima, 0,44; Mínima: 0,34.
Bilirrubina total, 1,06 (indirecta positiva, directa negativa).
Glicemia, 101 mg. %. Proteína total, 7,71 gr. % (albúmina, 4,75 gr. %; globulina, 3,14 gr., y relación A|G, 1,4).

OROPEZA, RAGA

Orina (nada anormal). Coprocultivo (*Proteus Vulgaris*). Heces (no se vieron parásitos). Líquido céfalorraquídeo (albúmina, 0,20 por 100; Glucosa, 57,5 mg.; Cloruro, 740%. Kahn = negativo; Benjuí coloidal, 00002222210000; Pandey W. y N. A., negativos). Fósforo en la sangre, 4,9 mg.%. Calcio en la sangre, 10,2. Prueba de Mantoux = negativa.

18-5-51.—G. R. 3.890.000. G, B. 5.400. Hemoglobina, 9,7 grs. 59 por 100. Prueba de Coomb: negativa.

Resumen.

Los autores estudian un caso de Toxoplasmosis humana observado en su Servicio del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos", caracterizado por anemia, idiocia y hepatoesplenomegalia. Se encontraron calcificaciones intracraneanas en la radiografía del cráneo. El examen de fondo de ojo demostró coroiditis en la región macular del ojo izquierdo, globo ocular derecho atrófico. La reacción de Sabin y Fellman fué positiva. Se insiste sobre los casos observados a la autopsia en tres mortinatos de la Maternidad "Concepción Palacios" por el Dr. Bela de Gavalier.

REFERENCIAS

- 1) de GAVALLER, B. — Toxoplasmosis Humana en Venezuela. Arch. Venez. Pat. Trop. Paras. Med., 2: 265, 1950.
- 2) ROCA GARCIA, M., CAMACHO GAMBA, J., ESGUERRA GOMEZ, G. — Un caso de Toxoplasmosis congénita. Rev. Colomb. Ped. Puer., 10: 238, 1951.
- 3) HUMPHRIES, J. M., GRULEE Jr., C. G. — Toxoplasmosis. Am. J. Dis. Child., 84: 580, 1952.

HIDROCEFALIA

Su tratamiento quirúrgico por derivación al uréter.

A. MARTINEZ NIOCHET (*)

El tratamiento del Hidrocéfalo en la infancia, permanece como uno de los menos satisfactorios y desalentadores problemas que el cirujano Neurólogo es llamado a tratar. Franc D. INGRAHAM, et. al.

Como una adición al trabajo que sobre Hidrocefalia fué publicado en Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Vol. XIV, Nº 42, 1951, quiero hoy presentar cuatro casos de Hidrocefalia tratados por derivación del líquido céfalo-raquídeo al uréter, por medio de intervenciones de reciente creación, por el Dr. Donald D. Matson.

El problema de la Hidrocefalia y el mal pronóstico que desde tiempos remotos lleva consigo, ha hecho que la profesión médica juzgue con escepticismo cada una de las operaciones que se han ideado para su tratamiento. Por lo demás, no han escaseado los esfuerzos por parte de los investigadores para llegar a un conocimiento exacto de las causas que la producen y de los medios de combatirla.

En este pequeño trabajo me referiré solamente al tratamiento de la Hidrocefalia por intervenciones que, desviando el curso del líquido céfalorraquídeo hacia un uréter, permiten la eliminación hacia la vejiga de una parte de dicho líquido, a la vez que combate la hipertensión endocraneana.

Fué Heile en 1925, quien publicó los primeros cuatro casos de Hidrocefalia comunicante tratados por anastomosis uréterodural, después de Nefrectomía unilateral y transportando el uréter hasta la dura madre espinal, en la cual se practicaba un pequeño orificio y se efectuaba la anastomosis. Los resultados fueron: tres mejorías y una muerte.

(*) Neurocirujano del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos". - Caracas.

MARTINEZ NIOCHET

Christopher, en 1929, usa la anastomosis del uréter al saco dural en dos casos de Meningocele. Uno muere en la operación y otro a las tres semanas.

En 1932, Davidoff y Bancroft publican una observación de anastomosis urétero-dural, en la que el paciente muere una semana después.

En 1934, Lehman publica tres nuevos casos: en uno, la anastomosis deja de funcionar a las siete semanas y media; otro, muere de meningitis a los 17 días de operado, y, el último caso, muere súbitamente por causa no aclarada en el momento en que salía del Hospital. Lehman, en su publicación, menciona otros 13 casos de cirujanos alemanes y rusos, y estima que en cuatro casos la operación tuvo éxito.

En 1942, Ernest Sachs publica un análisis de 98 casos de Hidrocefalia, entre los cuales en tres oportunidades practicó Anastomosis urétero-aracnoidea, ante el fracaso en tres enfermos, de la Coroidoplectomía; hubo una muerte y dos mejorías.

En 1949, Donald D. Matson, en el "Journal of Neurosurgery", publica una comunicación que había sido leída ante la Academia de Cirujanos Neurólogos en Montreal, Canadá, en el año 1948, en la cual presenta una nueva operación para el tratamiento de la Hidrocefalia Comunicante. Dicha operación no es más que una adaptación de los principios puestos en práctica por Heile, para derivar el líquido céfalo-raquídeo al tractus urinario. La operación consiste en practicar una anastomosis urétero-aracnoidea, después de Nefrectomía, pero sin movilizar el uréter hasta la dura, sino utilizando un tubo de Polietileno, que es el que establece la comunicación entre el espacio aracnoideo y el uréter; dicho tubo de Polietileno es colocado en posición caudal en el espacio aracnoideo, después de Laminectomía Lumbar, y asegurado a la dura; luego el tubo es pasado a través de los músculos paravertebrales hasta la cavidad abdominal, retroperitoneal, e introducido en el uréter, el cual no ha sido movilizado después de la Nefrectomía y, por lo tanto, conserva toda su vascularización e inervación normal.

Esta operación fué ejecutada por vez primera en una niña de 8 años con Hidrocefalia post-meningítica y los resultados fueron excelentes.

HIDROCEFALIA

El autor del método, animado por el éxito de esta primera operación, seleccionó varios casos de Hidrocefalia comunicante en niños muy pequeños, obteniendo muy esperanzadores resultados. En los años 1949-1950, este tipo de operación ha llegado a ser, en el "Children Medical Center", de Boston, un procedimiento electivo en las Hidrocefalias comunicantes. Personalmente vi ejecutar numerosas veces dicha operación por el propio Dr. Matson; vigilé de cerca el post-operatorio, y observé en la Consulta Externa del Hospital varios enfermitos operados hacía de 2 a 18 meses, y en todos los casos el resultado fué muy satisfactorio. En el Hospital, estuve al corriente de los procedimientos usados para el diagnóstico y de los requisitos pre-operatorios.

Los casos para la operación se seleccionan entre las Hidrocefalias no muy avanzadas, y tanto mejor cuanto más temprano se practique la operación. Exámenes de Laboratorio, como Hematología completa y análisis de orina. Prueba de colorantes para el diagnóstico de Hidrocefalia comunicante. Estudio de líquido céfalo-raquídeo. Ventriculografía, por el procedimiento que ellos llaman de Burbuja, ya que lo que se usa es una pequeña cantidad de aire, al que desplazan con los movimientos dados a la cabeza, estudiando así el Sistema Ventricular en una serie de radiografías. Urografía de eliminación para asegurarse de la presencia de los dos riñones y de que no existe alguna anomalía. Si las condiciones son satisfactorias, se practicará la operación.

Operación bajo anestesia etérea con intubación. Antes de comenzar la operación, disección de una vena del pie e inserción de un tubo de Polietileno en ella, para inyección de sueros isotónicos y de sangre. Se preferirá, siempre que ello sea posible, Nefrectomía izquierda a través de incisión transversa subcostal postero-lateral. Después de la Nefrectomía se deja el uréter marcado con una seda negra que se hará salir por la herida. Laminectomía lumbar (L2-L3). Se abre una pequeña brecha en la dura para llegar al espacio aracnoideo y se introduce hacia abajo aproximadamente 5 a 6 cm. de tubo de Polietileno de calibre mediano, el cual se fija al orificio de la dura, cerrando de inmediato la brecha dural para que no se escape en gran cantidad el líquido céfalo-raquídeo. Después se

MARTINEZ NIOCHET

abre un pequeño túnel en el músculo Psoas, hasta el espacio perinefrítico y el tubo es pasado por dicho túnel, evitando que se acode en ángulo agudo; luego se introduce en el uréter, en una longitud de 5 a 6 cms. El extremo del uréter se fija por varios puntos a la fascia del músculo psoas, y tanto la herida de la Nefrectomía como de la Laminectomía, se cierran por planos sin drenaje.

Corrientemente el post-operatorio es sin mayores complicaciones. Penicilina puede ser usada a título preventivo de una infección. Si el niño no tiene vómitos a las 6 horas, puede empezar a dársele líquido por vía oral. Es de necesidad agregar a la dieta dos o tres gramos de sal común (Cl Na) diariamente, para suplir la pérdida de cloruros que se efectúa por el drenaje del líquido céfalo-raquídeo a una cavidad no absorbente como es la vejiga.

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de una infección meníngea de origen urinario, y a la menor sospecha, iniciar tratamiento antibiótico. Otra objeción a la operación es el crecimiento del niño, que no es seguido por alargamiento del tubo de Polietileno usado, y, por tanto, debe llegar un momento, a lo menos en teoría, en que el tubo sea tan corto que se salga del espacio dural o del uréter, terminando así la anastomosis. Sin embargo, en la observación de niños operados hace 2 años o más, no se han observado trastornos, pero convenimos en que la observación aún es corta y que solamente el tiempo dirá la última palabra. Es menester convenir en que el procedimiento se ha mostrado eficaz en numerosos casos, y que es un arma más contra la enfermedad.

En Agosto de 1950, tuve oportunidad de operar el primer caso de Hidrocefalia comunicante, siguiendo la técnica preconizada por Donald D. Matson. He aquí un sumario de la historia de este enfermito:

Obs. No. 1. S. E. C.: Varón, 8 meses de edad. Referido por el Dr. L. Guada Lacau, desde Valencia. Niño nacido a término. Parto normal. Desarrollo hasta los tres meses, enteramente normal. A los 3 meses de edad: episodio febril con rigidez de la nuca y vómitos. Visto por varios médicos, se llegó al diagnóstico de Meningitis. Punción lumbar practicada, no pude saber si antes o después del tratamiento antibiótico, dió líquido

HIDROCEFALIA

claro y ningún germen fué identificado. Sin embargo, durante este mismo tiempo se comprobó gran tensión de la fontanela, y aumento de tamaño de la cabeza. La fiebre desapareció en diez días. Posteriormente el niño ha gozado de buena salud general, pero la cabeza ha aumentado progresivamente de volumen, llegando para la fecha de nuestro examen a 56 cms. de circunferencia. La cara es pequeña en relación al cráneo; los ojos están parcialmente escondidos bajo los párpados inferiores, lo cual acontece en las Hidrocefalias avanzadas. La fontanela anterior es amplia y tensa. El niño es bastante activo, ve y oye bien, pronuncia algunas palabras de manera distinta; no se sienta debido al peso de la cabeza. Reflejos normales. Sensibilidad, normal. Debido al buen estado general y al desarrollo mental normal para su edad, a pesar de conocer que se trataba de un caso avanzado de Hidrocefalia, lo hice hospitalizar para estudio.

El 8 de Agosto se practicó la llamada prueba de colorante en Hidrocefalia: Punción ventricular derecha a través del ángulo lateral de la fontanela anterior, e inyección de 1 c. c. de solución de Indigo-carmin en ventrículo lateral derecho; 5 minutos después, punción a través de la fontanela anterior del ventrículo lateral izquierdo, obteniéndose líquido céfalo-raquídeo teñido con el colorante, demostrando comunicación inter-ventricular. Quince minutos después se practicó punción lumbar, y se obtuvo también líquido céfalo-raquídeo teñido con el Indigo-carmin, lo cual nos demostraba comunicación entre el sistema ventricular y los espacios aracnoideos espinales.

El 9 de Agosto se practicó estudio ventriculográfico con 40 centímetros cúbicos de aire, inyectados a través de punción ventricular izquierda. Se tomaron una serie de placas radiológicas, demostrando enorme dilatación ventricular, y la corteza cerebral en su mayor parte tan adelgazada que no llegaba a 5 milímetros.

El 11 de Agosto se practicó Urografía de eliminación con Nosylan, y se demostró buen funcionamiento de ambos riñones. Sombras de pelvis renal y uréteres normales, aunque no muy claras, pues la concentración del medio de contraste no fué suficiente. En este mismo día, el niño tiene fiebre de 40 grados,

MARTINEZ NIOCHET

comprobandose una amigdalitis y faringitis, lo cual fué tratado con Penicilina. La fiebre desapareció en 3 ó 4 días.

El 16 de Agosto de 1950, bajo anestesia etérea endotraqueal, se practicó una flebotomía en la vena Safena interna, al nivel del maléolo interno, introduciendo en el cabo superior de la vena un tubo de Polietileno para asegurar durante la operación la cantidad de suero o sangre que fuere necesaria. El niño fué colocado en decúbito lateral derecho, y se le practicó una Nefrectomía izquierda; la sección del uréter fué hecha lo más alta posible y el extremo inferior del uréter fué sostenido por dos hebras largas de seda negra que se colocaron fuera de la herida, sujetas por una pinza; una gasa húmeda fué colocada en profundidad en la herida y se pasó al segundo tiempo de la operación. Laminectomía lumbar (L2, L3), se abrió en la dura un pequeño orificio para dar paso a un tubo de Polietileno previamente preparado, en cuyo extremo se habían hecho pequeños orificios laterales; unos 6 centímetros de dicho tubo se colocaron en el espacio aracnoideo en dirección caudal, y por medio de una sutura de seda en la dura se estrechó el orificio y luego con dichos hilos se fijó el tubo de Polietileno. Comprobada la permeabilidad del tubo, al obtener líquido céfalo-raquídeo por su extremo libre, se procedió a pasarlo a través de los músculos paravertebrales hasta el espacio retroperitoneal, teniendo cuidado de que en dichas maniobras el tubo de Polietileno, que es semi-rígido, no fuera acodado en ángulo muy agudo. Este extremo del tubo fué insertado en el uréter, en la longitud de unos 6 cms. aproximadamente. El orificio ureteral se fijó a la aponeurosis del Psoas por medio de tres puntos; no se colocaron ligaduras alrededor del uréter, porque esto traería necrosis del segmento superior.

Tanto la herida de la Nefrectomía como la de la Laminectomía se cerraron por planos, usando seda negra fina.

El niño toleró la operación perfectamente bien, y el post-operatorio fué sin incidentes; el tubo de polietileno dejado en la vena del pie fué retirado al día siguiente de la operación. Se usó penicilina por los primeros tres días.

Dos gramos diarios de Cloruro de Sodio, repartidos en todos los teteros, se comenzaron a administrar inmediatamente después de la operación.

HIDROCEFALIA

Para el día 23 de Agosto, todas las suturas de piel habían sido removidas, y las heridas se encontraban en buenas condiciones. El día 26, o sea, diez días después de la operación, se da de alta al enfermito en buenas condiciones, con la cabeza de una circunferencia de 57 cms., o sea, igual a la última medición pre-operatoria; pero la fontanela anterior no se siente tensa y se aprecia ligeramente deprimida. Para el 27 de Octubre, o sea, más de dos meses después de la operación, según información del padre del niño, el enfermito continúa en magníficas condiciones generales, y la circunferencia de la cabeza, a pesar del rápido crecimiento del organismo durante este tiempo de la vida, es de 56 1/2 cms., o sea 1/2 cm. menos que antes de operarse.

Para el 31 de marzo de 1951, circunferencia cefálica: 57 centímetros. Fontanela anterior deprimida y más estrecha. Inapetente, pero en general en buenas condiciones. El 1º de agosto 1951, el niño camina y habla. Circunferencia cefálica: 57 centímetros. Fontanela deprimida. El 20 de mayo 1952: circunferencia craneal 57 1/2 cms. Camina y habla bien. Los padres, que tienen otros cuatro niños, dicen que éste es muy inteligente (27 meses de edad).

En 1951, el doctor Donald D. Matson publicó en el "Journal de Neurosurgery", un nuevo tipo de operación para el tratamiento de la hidrocefalia, pero esta vez es para aquellos casos que se conocen con el nombre de hidrocefalia no comunicante. A dicha operación, él la denomina: "Ventriculo-ureterostomía".

En términos generales, la operación es parecida a aquella que se efectúa en la hidrocefalia comunicante, con la diferencia de que, en vez de derivar el líquido céfalo-raquídeo desde el espacio espinal hacia el uréter, se hace desde uno de los ventrículos laterales, valiéndose de un largo tubo de polietileno, que es colocado en el tejido subcutáneo paravertebral.

El 20 de octubre de 1951 fué presentado ante la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría el primer caso de ventriculo-ureterostomía operado en Venezuela, y que ahora paso a transcribir:

Obs. N° 2:

M. M. F., 2 meses de edad, nacida a término, de parto nor-

MARTINEZ NIOCHET

mal; fué internada en el Hospital de Niños por aumento anormal y progresivo de la cabeza.

A la inspección se comprueba una falta de correlación entre la cara y el cráneo, este último de aspecto redondeado, abultado a ambos lados con red venosa superficial muy visible; los ojos parcialmente desviados hacia abajo, de manera que el iris, en su parte inferior, quedaba cubierto por los párpados inferiores. Circunferencia cefálica: 48 cms. A la palpación se comprueba una fontanela anterior tensa, ampliamente abierta, como asimismo separación de las suturas craneales. Las pupilas reaccionan a la luz, los reflejos tendinosos están presentes e iguales a ambos lados.

La niña fué hospitalizada con el diagnóstico de hidrocefalia, para estudio. Las radiografías simples de cráneo, fuera de la delgadez de los huesos craneanos, gran fontanela anterior y separación de las suturas, no mostraron calcificaciones, ni otros signos dignos de mención.

Se continúa el estudio con prueba de colorante y ventriculografía en la misma sesión, en la forma siguiente: se punzó el ángulo lateral derecho de la fontanela anterior, previa anestesia local, obteniéndose líquido claro a presión cuando la aguja había avanzado 1 centímetro. Se dejó salir unos 5 c. c. de líquido céfalo-raquídeo y se inyectó a través de la aguja 1 c. c. de solución de índigo-carmin. Cinco minutos después se punzó en el ángulo lateral izquierdo de la fontanela anterior, obteniéndose líquido teñido de azul con el índigo-carmin, a una profundidad igualmente de no más de 1 c. c., demostrándose así la libre comunicación entre los ventrículos laterales. Seguidamente se hicieron extracciones de 10 c. c. de líquido que iban siendo reemplazados por aire, hasta extraer unos 50 c. c. de líquido céfalo-raquídeo, e inyectar alrededor de 50 c. c. de aire.

Retirada la aguja, se procedió a practicar estudio radiográfico, colocando la cabeza en distintas posiciones, desplazando así el aire y obteniéndose una idea exacta de la forma y dimensiones del sistema ventricular. En todas las placas radiográficas se comprueba una extrema delgadez de la sustancia cerebral, la cual en ningún sitio llegaba a ser mayor de 1/2 centímetro; en ninguna radio pudo verse aire en el cuarto ventrículo. Seguidamente, y pasados más de 15 minutos de la in-

HIDROCEFALIA

yección del colorante en el ventrículo, bajo anestesia local, se practicó punción lumbar, obteniéndose líquido céfalo-raquídeo a poca tensión, perfectamente claro y sin trazas de colorante.

Las pruebas ejecutadas señalaban claramente que se trataba de una hidrocefalia del tipo no comunicante. Posiblemente por un obstáculo a nivel del acueducto de Silvio. Es de advertir que en este caso la prueba de colorante y la ventriculografía se hicieron conjuntamente, y no como etapas separadas.

Días después se practicó urografía de eliminación, usando 5 c. c. de nosylan disuelto en suero, por vía subcutánea. La debilidad de la concentración del contraste y la presencia de gran cantidad de gases en las asas intestinales no permitieron la visualización de las pelvis renales y los uréteres, pero fué evidente la presencia de gran cantidad de contraste en la vejiga.

A pesar de considerar la hidrocefalia de esta niña sumamente avanzada, me decidí a practicar la ventriculo-ureterostomía, como último esfuerzo en la lucha contra el mal, incurable por otros medios, y a la vez para obtener una información sobre el grado de tolerancia de un procedimiento que parece ser muy cruento.

El día 9 de octubre de 1951 llevé a efecto la operación, cuyos detalles describo a continuación:

Diagnóstico pre-operatorio: hidrocefalia no comunicante.

Operación practicada: ventriculo-ureterostomía izquierda.

Descripción de la operación: flebotomía en la vena Safena sobre el maléolo interno, y colocación de tubo de polietileno, para transfusión.

Bajo anestesia general con éter, y estando la paciente en decúbito lateral derecho, se practicó una incisión transversal por debajo del reborde costal izquierdo de aproximadamente 8 cms. de largo, llegando su extremidad posterior hasta la masa sacrolumbar izquierda y que tomaba en profundidad piel, celular y subcutáneo y músculos anchos de la pared abdominal. Se rechazó el peritoneo y contenido hacia adelante y hacia la línea media, dejando expuesto el riñón izquierdo. Se liberó el riñón de sus adherencias al tejido perirrenal, poniendo al descubierto su pedículo vascular, disecándose sus elementos y el uréter correspondiente. Se ligó el uréter lo más alto que fué posible, referenciando su cabo distal con un punto de seda por trans-

MARTINEZ NIOCHET

fixión, seccionándolo entre ésta y la ligadura. Los elementos vasculares del pedículo renal fueron seccionados entre ligaduras, quedando así liberado el riñón, que se extrajo, dejando un lecho seco en el cual se colocaron gasas húmedas, mientras se procedía al segundo tiempo. Se practicó incisión de 3 cms. a la izquierda de la línea media en la región parieto-occipital, que llegó hasta el hueso. Se levantó un pequeño fragmento de hueso con bisturí, que se agrandó con pinza gubia.

Entre el orificio craneal y la herida lumbar, a lo largo de una línea paravertebral que unía estos dos puntos, se practicaron tres pequeñas incisiones de 2 cms. en piel y celular subcutáneo, y valiéndonos de una pinza se practicaron túneles a través del tejido celular subcutáneo, que unía estas incisiones, pasándose a través de dichos túneles un tubo de polietileno, cuyo calibre interior acepta aguja número 18.

La extremidad superior del tubo se acodó en ángulo recto por medio de suero caliente. Se abrió la dura previa cauterización, cayéndose de inmediato al interior del ventrículo, comprobándose con esto la extrema delgadez de la corteza cerebral. Se introdujo la extremidad superior del tubo en el interior del ventrículo, cerrándose la dura con dos puntos previamente colocados. Se comprobó el drenaje de líquido céfalo-raquídeo por la extremidad inferior del tubo.

Se practicó a través de los músculos paraespinales izquierdos un ojal, pasándose a través de éste la extremidad inferior del tubo a la fosa lumbar izquierda. Colocando cuatro puntos de seda en el orificio superior de la extremidad distal del uréter se expuso a la luz, introduciéndose en ella la extremidad inferior del tubo en una extensión de 5 cms., aproximadamente.

De seguida se fijó la extremidad superior del uréter a la aponeurosis del psoas con tres puntos. Comprobada la hemostasia, se cerró por planos, usando puntos separados de seda. Igualmente se cerraron por puntos separados las otras cuatro pequeñas incisiones practicadas. No se dejaron drenajes. La paciente toleró la operación sin accidentes.

Dos gramos diarios de cloruro de sodio, repartidos entre los teteros, fué ordenado después de la operación. Penicilina parenteral.

Para el 19 de octubre de 1951, la circunferencia cefálica

HIDROCEFALIA.

medía 45 1/2 cms. y la fontanela anterior se apreciaba muy deprimida. El día 30 del mismo mes y año, la circunferencia craneal era de 44 cms. Se le dió de alta ese día.

Después de permanecer por más de un mes con la fontanela anterior deprimida, de nuevo se encuentra ésta a tensión; para el 13 de diciembre de 1951, la circunferencia cefálica es de 50 1/2 cms.; definitivamente, el tubo de polietileno no está drenado. El 6 de febrero de 1952, la enfermita regresa a la consulta externa en mal estado general, padeciendo de diarrea y vómitos. La circunferencia cefálica es ahora de 52 cms.; es enviada a la consulta de Pediatría.

En este caso se pensó reintervenir para extraer el tubo del ventrículo, y ver si se podía hacer de nuevo permeable y reintroducirlo; pero las malas condiciones de la niña no permitieron llevar a cabo esto que juzgamos ser pequeña intervención.

Posteriormente operé dos nuevos casos de hidrocefalia: uno de la variedad no comunicante y el otro del tipo comunicante. Al primero practiqué una ventrículo-ureterostomía izquierda, según la técnica descrita anteriormente; al segundo, una anastomosis uretero-aracnoidea espinal, en igual forma que al primer caso de esta comunicación.

He aquí un breve resumen:

Obs. N° 3:

F. V., varón, 8 meses de edad, nacido a término. Parto distócico, que terminó con aplicación de forceps. Peso al nacer: 2 kilogramos. Hubo necesidad de darle respiración artificial. A los 8 meses (noviembre 1951) no sostiene la cabeza. Circunferencia cefálica: 50 cms. Fontanela anterior, tensa de 5 x 7 cms. Suturas craneales separadas. Frente prominente. Red venosa superficial, muy desarrollada en el cuero cabelludo. Ojos: ligeramente desviados hacia abajo. Discreto estrabismo interno. Es internado en el Hospital de Niños para estudio.

Se practicó prueba del índigo-carmin y ventriculografía, concluyéndose en que se trataba de una hidrocefalia no comunicante.

El 22 de noviembre de 1951 se llevó a cabo la operación: nefrectomía izquierda y ventrículo-ureterostomía izquierda, según la técnica ya descrita.

MARTINEZ NIOCHET

El 3 de diciembre es dado de alta, después de una evolución favorable, con la fontanela anterior deprimida.

Control el 7 de enero de 1952, estado general satisfactorio. Circunferencia cefálica, 50 cms. En la región occipito-parietal derecha, sobre la región operada para la colocación del tubo de polietileno, se aprecia un abultamiento de 2 x 3 cms. de consistencia quística, por salida de líquido céfalo-raquídeo.

El 18 de febrero, circunferencia cefálica: 50 cms. Fontanela anterior deprimida de 2 x 3 cms. La prominencia quística parieto-occipital izquierda ha desaparecido. No habla. No se sienta solo. Se para sostenido (11 meses de edad).

El 12 de agosto, circunferencia cefálica: 52 cms. Fontanela anterior casi cerrada, deprimida. No camina. Dice algunas palabras. Buen estado general.

En resumen: en los primeros 3 meses del post-operatorio no hubo aumento de la circunferencia cefálica. En los últimos 6 meses ha habido un aumento de 2 cms., pero el estado de la fontanela anterior, sin tensión, testimonia la ausencia de hipertensión endocraneana.

Obs. N° 4:

A. R. A., varón, 2 meses de edad. Nacido de embarazo normal. Nació con forceps. Aumento anormal, progresivo, de la cabeza. Circunferencia cefálica: 53 cms. Fontanela anterior tensa de 12 x 12 cms. Ojos desviados hacia abajo y medio ocluidos por el párpado inferior. Se interna para estudio en el Hospital de Niños.

El 21 de mayo de 1952 se practica prueba índigo-carmin; resultado: hidrocefalia comunicante.

El día 24, urografía de eliminación: ambos riñones eliminan. No hay malformación en el aparato urinario.

El día 26 se practica ventriculografía: gran hidrocefalia bilateral. Se visualizó el cuarto ventrículo.

El día 5 de junio del mismo año se lleva a cabo la operación: nefrectomía izquierda, seguida de anastomosis uretero-aracnoidea según la técnica empleada en la Obs. N° 1.

Para el día 7 la fontanela anterior está profundamente deprimida, lo que asegura que el drenaje del líquido céfalo-raquídeo está bien establecido.

HIDROCEFALIA

El día 11 el niño presenta diarrea; está muy deshidratado. Tratado por un pediatra, éste ordena: suero de Ringer y suero glucofisiológico a dosis convenientes. Plasma. Por vía oral: suero de Ringer y té helado en pequeñas porciones.

El día 14 se retiran las últimas suturas de piel. Heridas: bien. Gran depresión de la fontanela y cabalgamiento de los huesos del cráneo. Deshidratación.

El día 22, profunda deshidratación, a pesar de que los vómitos y la diarrea han cedido. Nuevamente se consulta con un pediatra: suero-lactato de Ringer Amigen y leche proteinada, por vía rectal, son ordenados.

El día 2 de julio hay vómitos y continúa mal.

El día 17 se acentúa la gravedad del estado general. Pulso débil. Latidos cardíacos lentos y apagados. El niño muere a las 3,35 p. m.

Autopsia: intensa desnutrición y deshidratación. Foco bronco-neumónico en el lóbulo inferior izquierdo. Colitis folicular.

La anastomosis uretero-aracnoidea está permeable y las regiones operatorias en buen estado.

No creemos que esté tipo de operaciones sea el tratamiento ideal para tan terrible mal, pero es, sin discusión, un arma más de gran efectividad contra defectos irreparables por procedimientos menos mutilantes o menos ofensivos.

Sólo el tiempo, que alarga la observación de los casos operados y hace nuestro material más numeroso, es capaz de confirmar o aminorar nuestra esperanza.

REFERENCIAS

- MATSON, Donald D.; A new operation for the treatment of communicating Hydrocephalus. *Journal of Neurosurgery*. 6: 238. 1949.
- MATSON, Donald D.; Ventriculo-ureterostomy. *Journal of Neurosurgery*. 6: 398. 1951.



*El Pediatra, cuando necesita formular el clásico
expectorante, piensa en la fórmula del*

Jarabe Suelels

cuyas dosificaciones son bien conocidas:

Rp	
Acetato amoníaco liq	2 cc
Tintura de Drosera	2 cc
Benzoato de soda	2 grs
Jarabe de poligala	20 cc
Jarabe Dessesart	40 cc
Infusion de tilo csp.	100 cc
Para infantes	Cucharaditas.
Niños mayores	Cucharadas.

El Jarabe Suelels se consigue en todas las farmacias en
frascos de 120 c.c.



Jarabe anti-histamínico

SUELSYL

para el tratamiento de algunos síntomas espasmódicos y
alivio de diversas alergias ocasionadas por la histamina

ASMA, URTICARIA

y diversas sensibilizaciones.

A la venta en todas las farmacias.



Depósito:

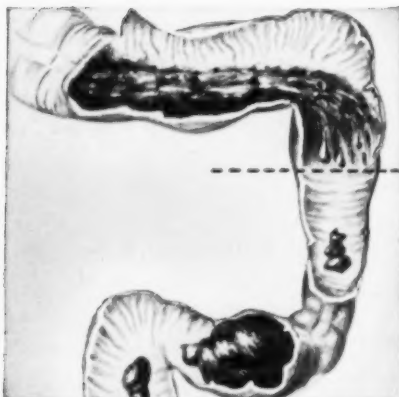
Droguería Farvenca y Farmacia Santa Sofía.

CARACAS

EN EL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS INFECCIOSAS

STREPTOMAGMA*

Dihidroestreptomicina y pectina con caolín en gel de alúmina



Merced a la acción sinérgica de la estreptomicina y la pectina y a las notables propiedades adsorbentes características del caolín y el gel aluminico, STREPTOMAGMA:

1. Ejerce acción bacteriostática en la flora intestinal.
2. Alivia al instante la mucosa intestinal irritada, protegiéndola físicamente.
3. Ayuda a remover las toxinas e irritantes.
4. Fomenta la asimilación normal de los líquidos y sustancias nutritivas.
5. Restituye la consistencia normal de las heces.

STREPTOMAGMA está indicado en las diarreas debidas a gérmenes susceptibles a la estreptomicina.

Wyeth

Marca Registrada

Adsorción de Agua

Adsorción de las Toxinas

Eficacia Bacteriostática

Acción Emoliente



PRESENTACION:

Fascos de 90 cc.

Wyeth

INCORPORATED • PHILADELPHIA 2, PA.

TRATAMIENTO DE TOSFERINA CON TERRAMICINA

Dr. ROMAN PRYPCHAN (*)

El presente trabajo tiene por objeto publicar nuestros resultados, obtenidos con la Terramicina, en el tratamiento de 11 casos de tosferina que se presentaron en forma de limitada epidemia en la Quebrada del Limón, vecina al pueblo de Anare, Parroquia de Naiguatá.

Nuestra primera intención fué tratar los primeros diez casos con Terramicina, los diez siguientes con las vitaminas K y C (tratamiento con el cual el Dr. José Nemirosky obtuvo muy buenos resultados) y por último, tratar diez de los casos asociando los dos procedimientos. Sin embargo, y afortunadamente para la región y los enfermos, la epidemia se limitó a los 11 casos que aquí referimos, y parte importante del mérito en esta limitación se la debemos anotar a la Terramicina.

Epidemiología.

La madre del niño F. P. (Caso N° 1), de 17 meses, de Anare, casa en la Quebrada del Limón, le envía a Caracas a casa de su abuela, donde hay una niña enferma de tosferina; 15 días después regresa a ésta, con catarro y fiebre, y a los 10 días aparece la tos convulsiva y, más adelante, vómitos. En la casa hay otro niño (Caso 2), hermano del primero, que a los diez días del regreso de su hermano presenta catarro, fiebre y tos, que una semana más tarde se convierte en convulsiva con vómitos posteriores. Al lado de esta casa se halla la de la familia C., con 5 hijos, quienes frecuentan la primera y, en consecuencia, se infectan los cinco. La madre del caso 8 vive en la misma vega, más arriba, y visita a menudo la casa de las familias P. y C. La madre del caso 9 visita la casa de los P., pues allí reside una hermana su-

(*) Médico Rural del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

PRYPCHAN

ya enferma de cuidado. Los casos 10 y 11 no podemos relacionarlos con las fuentes de contagio anteriores.

Consideramos que las razones por las cuales la epidemia se limitó a los 11 casos ya dichos son:

- a) Las casas de estas familias están situadas fuera del casco de la población, a unos 800 metros aproximadamente, y el cuidado de los niños y los oficios domésticos impiden la frecuencia de las visitas a la población; solamente los hombres, después de terminar sus labores, visitan frecuentemente a sus vecinos o la población.
- b) Inmunidad adquirida en las anteriores epidemias de tosferina ocurridas en el pueblo de Anare, años 50 y 51.
- c) Inmunidad debido a vacunaciones practicadas en el pueblo, y
- d) El uso sin dilación de la Terramicina en el tratamiento de los enfermos.

Los 11 casos de tosferina que se presentaron fueron tratados con Terramicina, en la forma de Elixir, Gotas y Cápsulas, medicamento éste que fué cedido como una gentileza de parte de la Casa Distribuidora, Palenzona y Cía. Se usaron dosis que fueron de 50 a 75 mgr. de Terramicina por kilogramo de peso, durante 5 a 8 días; las dosis más elevadas que la aconsejada corresponden a los casos en que la violencia de la sintomatología las hizo necesarias. La mejoría se empezó a hacer presente desde el tercer día de tratamiento (en algunos casos el primer día), desapareciendo primeramente los vómitos y luego la intensidad y frecuencia de la tos, entre 8 a 14 días de iniciada la administración del antibiótico.

Damos a continuación una relación sintética de las historias clínicas de estos casos.

CASO N° 1. — P. F. Edad: 17 meses. Anámnesis: La enfermedad empieza un mes aproximadamente antes de ser traído a consulta. Catarro, tos, fiebre y vómitos continuos, especialmente ataques nocturnos de tos; convulsiones; no retiene los alimentos; inapetencia y desnutrición. Al examen médico, del 19-6-52, presentó: congestión de la garganta, bronquitis ligera, temperatura 38°. Tratamiento: Terramicina, 750 mgr., distribuidos en 4 tomas, recibe en total 4,5 gramos en 8 días. Al tercer día empieza una marcada mejoría; disminuye la tos, cesan los vómitos gradualmente hasta su completa desaparición a

TRATAMIENTO DE LA TOSFERINA

los 14 días de iniciado el tratamiento. Se observa mejoría del estado general y buen apetito.

CASO N° 2. — M. P. Edad: 3 años. Hermano del caso 1. Anámnesis: la enfermedad empieza 15 días antes de ser traído a la consulta. Catarro, tos, a menudo y especialmente de noche; vómitos en pequeña cantidad y no muy frecuentes e inapetencia. Al examen médico del día 19-6-52 presenta: tos y una bronquitis ligera, sin fiebre. Tratamiento: Terramicina elixir, 750 mgr. al día y en 4 tomas, hasta recibir un total de 6 gramos en 8 días. A los 3 días de empezar el tratamiento se observa una marcada mejoría caracterizada por: cese gradual de la tos y recuperación del apetito. 14 días después de iniciar el tratamiento se da por curado clínicamente.

CASO N° 3. — L. A. C. Edad: 7 años. Anámnesis: La enfermedad empieza 15 días antes de ser traída a la consulta con: catarro, tos y vómitos muy frecuentes, especialmente de noche, fiebre, convulsiones, párpados hinchados e inapetencia. Al examen médico, practicado en 19-6-52, presentó: fiebre 38,2°. Tos, disnea y síntomas esteto-acústicos de bronconeumonía. Tratamiento: Terramicina elixir, 1 gramo al día, distribuído en 4 tomas los dos primeros días, y después 250 mgr. 3 veces al día hasta completar 5 gramos, administrados en 6 días. Al día siguiente baja la temperatura a 36°, sin elevarse más. Gradualmente cesan los vómitos y la tos, y a los 3 días recobra el apetito. A los 8 días desaparecen por completo los vómitos y la tos. Al examen médico practicado los días 27-6-52 y 16-7-52: completamente normal.

CASO N° 4. — M. C. Edad: 4 años. Hermana del caso 3. Anámnesis: La enfermedad empieza 10 días antes de su traída a la consulta: catarro, fiebre, tos, vómitos frecuentes y abundantes e inapetencia. Al examen médico del día 18-6-52, presentó: temperatura 39°, tos convulsiva y síntomas esteto-acústicos de bronconeumonía. Tratamiento con Terramicina elixir, 750 mgr. al día distribuídos en 3 tomas hasta completar 4,5 gramos en 6 días. Al día siguiente de empezado el tratamiento bajó la temperatura a 37°, sin que se eleve más. Al examen médico del 21-6-52, tres días después de empezar el tratamiento, presenta todavía ligera bronquitis, que a los 7 días del tratamiento ha desaparecido por completo, junto con la tos y vómitos. Dos semanas después de iniciar el tratamiento continúa sin tos ni vómito, mejorando su estado general.

CASO N° 5. — C. A. C. Edad: 9 años. Hermana de 3 y 4. Anámnesis: Inicio de la enfermedad 10 días antes de ser traída a consulta. Catarro, fiebre y tos convulsiva, de poca frecuencia. Al examen físico, 19-6-52, no presentó nada anormal. Tratamiento: Terramicina 4 cápsulas de 250 mgr. cada una, al día, en 4 tomas, hasta completar 5 gramos en 5 días. A los tres días de empezar el tratamiento disminuye la tos que a los 8 días cesa por completo.

CASO N° 6. — P. M. C. Edad: 11 años. Hermano de 3, 4 y 5. Anámnesis: Inicio de la enfermedad 10 días antes de su traída a la consulta. Fiebre, tos, vómitos frecuentes y abundantes. Al examen

PRYPCHAN

médico del día 20-6-52, presentó: Temperatura 37,5°, tos convulsiva y una ligera bronquitis. Tratamiento: Terramicina, elixir 1 gramo al día distribuido en 4 tomas, hasta recibir un total de 10 gramos. A los 3 días empieza marcada mejoría. A los 7 días, de repente, sube la temperatura a 38,7°, malestar general y tos, pero no convulsiva como hace una semana. A la exploración física se observan síntomas de una bronquitis difusa. Este síndrome bronquítico pudo ser provocado por la migración de ascaris, pues estos niños están fuertemente parasitados por este verme. Se sigue con Terramicina, en cápsulas y a la misma dosis. Al cabo de 3 días la temperatura baja a la normal y la tos desaparece e igualmente el malestar general. A los 12 días de haber iniciado el tratamiento con Terramicina, forma combinada de elixir y después cápsulas, damos por curado al paciente. Al examen médico practicado los días 11 y 17-7-52, se presenta sin fiebre, sin tos ni vómitos, con buen apetito. Sin ninguna sintomatología esteto-acústica.

CASO N° 7. — C. C. Edad: 3 años. Hermano de los casos 3, 4, 5 y 6. Anámnesis. La enfermedad empieza 6 días antes de ser traído a la consulta: catarro, tos convulsiva pero poco frecuente, sin vómitos. Al examen médico del 20-6-52, presentó: Congestión catarral y fiebre de 37,6°. Tratamiento: Terramicina elixir, 750 mgr. al día, en 3 tomas, hasta recibir un total de 4,5 gramos en 6 días. A los 4 días de empezar el tratamiento vuelve la temperatura a su normalidad y a los 10 días cesa la tos y recobra el apetito. Examinado el 30-6-52 y 17-7-52 no presenta nada anormal.

CASO N° 8. — M. A. G. Edad: 16 meses. Anámnesis: La enfermedad empieza 2 días antes de ser traído a consulta. El 2-7-52 se le receta Penicilina por presentar a la exploración física una bronconeumonía; a los 3 días de empezar la administración de aquélla se presentan una tos convulsiva y vómitos, unas 4 ó 5 veces al día. Niño de antecedentes asmáticos. Al examen del 7-7-52, se presenta con fiebre 38,2°, catarro y una bronquitis difusa; tos convulsiva. Tratamiento: Terramicina elixir, a una dosis de 150 mgr. 4 veces al día. A los 3 días de empezar este tratamiento disminuyen los vómitos y se observa una marcada mejoría de la tos, alivio en el pecho y recobra el apetito. Recibe un total de 8 gramos de Terramicina. Durante el tratamiento expulsa lombrices (ascaris).

CASO N° 9. — L. C. Edad: 9 meses. Anámnesis: La enfermedad empieza un mes, aproximadamente, antes de la consulta. Fiebre, tos, vómitos muy frecuentes y abundantes. Epistaxis. Al examen médico del 17-7-52 se presenta con temperatura de 37,3° y tos; ningún síntoma esteto-acústico pulmonar a la exploración física. Tratamiento: Terramicina elixir, 750 mgr. al día, distribuidos en 3 tomas, disminuyendo la dosis después de 2 días, a 500 mgr. en 3 tomas, hasta recibir un total de 4,5 gramos en 8 días. A los 5 días empieza la mejoría, caracterizada por la disminución de los vómitos y la tos. Al

TRATAMIENTO DE LA TOSFERINA

examen médico practicado el 23-7-52, 8 días después de iniciado el tratamiento, la encontramos completamente normal.

CASO N° 10. — G. H. Edad: 5 meses. Anámnesis: La enfermedad comienza dos semanas antes de ser traído a la consulta: catarro (según la madre, fiebre muy alta, pero no le tomó la temperatura); después empieza la tos convulsiva en forma de ataques, diurnos y nocturnos, al término de los cuales se presentan vómitos. A la semana de empezar la tos es traído a la consulta. Exploración física de los pulmones: normal. Tratamiento: Terramicina elixir, 400 mgr. al día distribuidos en 4 tomas, por 2 días, al cabo de los cuales se sube a 450 mgr. en 3 tomas. Recibe en total 4 gramos en 9 días. Al tercer día de empezado el tratamiento desaparece el vómito y disminuye la frecuencia y fuerza de los accesos de tos. A los 8 días, curación clínica.

CASO N° 11. — S. R. Edad: 3 años. Hermano del caso 10. Anámnesis: La enfermedad empieza unos días más tarde que el caso anterior, la tos convulsiva se presenta unos 2 ó 3 días antes de la consulta; fiebre. Los accesos de tos convulsiva se presentan muy a menudo y son de larga duración, con ahogos y amoratamiento de la cara. No presenta vómitos. Pérdida del apetito. Tratamiento: Terramicina elixir, 1 gramo diario, distribuido en 4 tomas, por 2 días; posteriormente se rebaja la dosis a 750 mgr al día, distribuidos en 3 tomas. Recibe un total de 4 gramos en 5 días. A los 3 días empieza la mejoría; disminución de la tos y recuperación del apetito. A los 8 días la tos cesa por completo.

TOLERANCIA A LA TERRAMICINA

A pesar de que en los niños de poca edad, para dominar rápidamente la violencia de la sintomatología, se usaron dosis más altas de las aconsejadas, no se ha observado ningún síntoma de intolerancia, con excepción del niño más pequeño (5 meses), que presentó, en seguida, un síndrome diarreico, que sin embargo no fué acompañado por vómitos, náuseas o pérdida del apetito. Dato interesante resulta la expulsión de ascaris lumbricoides al día siguiente de empezar el tratamiento; 4 niños expulsaron de 1 a 5 lombrices. La acción vermífuga de la Terramicina en los niños nos fué comunicada también por el doctor Chacón, médico de Nanguatá, a quien en muchos casos las madres de los niños que recibían tratamiento con Terramicina por enfermedades diversas, posteriormente le pedían les recetara las "capsulitas amarillas" (Terramicina) porque éstas les hacían expulsar las lombrices. Sin embargo, esta propiedad vermífuga la hemos observado solamente en los niños, pues

PRYPCHAN

cuando tratamos nuestros 26 casos de balantidiasis con Terramicina no comprobamos acción alguna sobre los ascaris, a pesar de estar casi todos los enfermos infectados también por este verme.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en estos 11 casos tratados con Terramicina indican que ésta tiene marcado valor terapéutico en la tosferina, por acción contra el *Haemophilus Pertussis*. Conforme a la literatura de que disponemos, los otros dos antibióticos, de amplio espectro antibacteriano, la aureomicina y la cloromicetina, dan también muy buenos resultados. La Terramicina tiene, en nuestra opinión, la gran ventaja de que, por sus dos formas líquidas, que se encuentran en las farmacias (elixir y gotas), es muy manejable en el tratamiento de los niños, especialmente de los lactantes.

La acción terapéutica de las vitaminas K y C, con las cuales los doctores José Nemirovsky y Glanzsman obtuvieron muy buenos resultados, se basa en la disminución del tiempo de protrombina que está claramente aumentado en la tosferina, según comprobaron los mencionados doctores usando diferentes técnicas para evitar los posibles errores. Esta hipoprotrombinemia causa, según los mismos doctores, los síntomas hemorrágicos de la tosferina, y las microhemorragias cerebrales, por el aumento de la fragilidad vascular, explicarían las convulsiones. La vitamina C debe tener también alguna influencia sobre la coagulación de la sangre y valor terapéutico como un anti-infeccioso general; ciertos doctores creen que tenga igualmente una acción directa sobre el *Haemophilus pertussis*.

Por estas razones, en nuestra opinión, el tratamiento más eficiente contra la tosferina consistiría en utilizar simultáneamente los dos mencionados procedimientos terapéuticos que atacan desde distintos ángulos la misma enfermedad: la Terramicina, por su acción directa sobre el bacilo de Bordet-Gengou, y las vitaminas K y C (6 mgr. de vitamina K y 165 mgr. de vitamina C en inyecciones diarias por 6 a 12 días), contra la hipoprotrombinemia y, al mismo tiempo, favoreciendo la coagulación y actuando como anti-infeccioso general. Creemos tam-

TRATAMIENTO DE LA TOSFERINA

bién que se podría completar la acción de estas dos vitaminas con la vitamina P para disminuir la fragilidad vascular.

Sin embargo, éstas son sólo consideraciones teóricas nuestras, pues no pudimos probar este tratamiento conjunto, como fué nuestra intención, debido a los pocos casos que se presentaron.

Los otros procedimientos terapéuticos (Estreptomicina y Vacuna Anticoqueluche) tienen escaso valor según la literatura al respecto de que disponemos.

RESUMEN

El Autor presenta 11 casos de tosferina, en niños de 5 meses a 11 años de edad, tratados con Terramicina en dosis de 50 a 75 mgr. por kg. de peso y día durante períodos que van de 5 a 10 días, obteniendo de esta manera, a los 3 días, la desaparición de la sintomatología grave de esta enfermedad (convulsiones, vómitos y tos convulsiva violenta), y de 8 a 15 días la curación completa sin presentar ninguna recidiva hasta el momento, 50 días después de empezar el tratamiento .

SUMMARY

The author presents 11 cases of whooping-cough in children from 5 months to 11 year old, treated by Terramycin in dosis from 50-75 mgr./kg. of body weight daily for periods of 5-12 days. After 3-5 days was observed reduction of violent symptomatology of whoping-cough and after 8-15 days complete recovery, without recording until now (50 days after begining of treatment) any relapse.

ZUSAMMENFASSUNG

Der autor stellt 11 Faelle von Keuchhusten in 11 Kindern im Alter von 5 Monate bis 11 Jahre, die mit Terramycin in dosis von 50-75 mgr/kg. von Koerpergewicht taeglichim Verlaufe von 5-12 Tage behandelt wurden. Schon nach 3-5 ersten Tagen von Behandlung ist die schwere Symptomatalogie zurueckgegangen und nach 8bis 15 tagen wurde komplette Genesung festgestellt.

REFERENCIAS

- PAYNE, E. H. et al.: "Pertussis treated with claramphenicol in whooping cough". J. A. M. A. 141:1298. 1949.
- SCARSELLA, M.: "Some Cases of Pertussis treated with aureomycin and cloromycetin". Minerva Med. 41/1. 1950.
- MACRAAE, J.: "Chloramphenicol en whooping cough". Lancet 1:400. 1950.
- ARBOND, M. A.: "Treatment of whooping cough". Lancet 1:520. 1950.
- SILVA NIVES y ALVARADO AMADO: "Tratamiento de tosferina con Estreptomycin". Rev. Port. de Pediatría y Puericultura. 13:315. 1950.
- BOOHER, C. E. et al.: "Antibiotics in Pertussis". A. J. Pediatr. 38:411. 1951.
- POZZI-ESCOT; ZAPATA, M. (Lima, Perú): "Vit. K en coqueluche". Serv. Cient. Roche. Rf. 22. 1951.
- NEMIROWSKY, JOSE: "Tratamiento de la tosferina con las vitaminas K y C". La Prensa Médica Argentina, N° 31, 1951.
- BICKEL, G., and PLATTNER, H.: "La Terramycine en Thérapeutique". Schweiz. Vchnschr. 87: 1-4 (Jan. 6). 1951.
- BOOHER, C. E.; FARREL, J. B., and WEST, E. J.: "Pertussis: Clinical Comparison of the Newer Antibiotics". J. Pediatr. 38: 411. 1951.
- HAZEN, L. N.; JACKSON, G.G.; CHANG, S. M.; PLACE, E. H., and FINLAND, M.: "Antibiotic Treatment of Pertussis". J. Pediatr. 39:1. 1951.
- JACKSON, G. G.; BARNES, M. W. and FINLAND, M.: "Terramycin in Pertussis: Clinical and Laboratory Studies". Ann. New York Acad. Soc. 53:422. 1950.

ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

VINCENTI

RUIBEPAR

Insuficiencia Hepática

SOLUNOVAR

Tocamiento

PAPAVERYL

Antiespasmódico

CRATECIL

Sedante nervioso

NOV'HEPAR

Antianémico

NATROCHOL

Drenaje biliar

VITADOL

Vitaminas A y D en gotas

VITADOL

Vitaminas A y D en pomada

SALIDIURENE

Reumatismo

VITAMUCIL

Estreñimiento

GLUCOLIN

Recalcificante

CYNAL

Colagogo - Antianémico

ALIBURINA

Pomada

HEPAFOLINA

Antianémico

ADRENOCALCIUM

Cloruro de Calcio en gotas

CODEBROMIL

Calmante de la tos

PREPARADOS POR:

C. VINCENTI

FARMACEUTICO

Cal'e Real de Quebrada Honda, 80-3

Teléfono 56.363

APARTADO N° 1355



¿Dolores de oído?
¿Otitis media?

CILOPRIN

COMPOSICION

4-carboximetilamino-4'-aminodifenilsulfona sodada ..	0,05 gr.
Glicerina ..	4,7 gr.
N,N'-dioximetilcarbamida ..	0,025 gr.
Agua destilada c.s.p.	6,0 gr.

El terapéutico causal conservador e inocuo de aplicación local

Alivia y cura los dolores, aun en casos de tímpano perforado. Ninguna contraindicación.

Instilense unas pocas gotas cada tres horas.

Frasquitos de 6 y 80 grs.



CYLAG SOCIETE ANONYME SCHAFFHOUSE
SUIZA

LIVECA

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, C. A.

C A R A C A S

HEMATURIA POST-OPERATORIA ASOCIADA AL USO DE LA HIALURONIDASA

Dres. RAUL FERRO G. (*) y LUIS A. AYALA (**)

El objeto de este escrito es relatar un caso de hematuria post-operatoria en un niño, causada posiblemente por la hialuronidasa. Hasta la fecha dicha complicación no ha sido observada a pesar de la rápida y extensa utilización de la hialuronidasa desde su introducción en terapéutica.

DESCRIPCION DEL CASO

R. S., varón de raza blanca, de 3 años de edad, fué visto por uno de nosotros (R. F.) el 14 de febrero de 1952, por dolor abdominal intenso, de comienzo brusco, de 4 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. El chico presentaba un estado de intensa agitación que hizo necesario el uso de barbitúricos para hacer posible el examen. Temperatura 37,2° C. A la palpación se comprobó el abdomen blando y de paredes depresibles. Se apreció una pequeña tumoración irregular en la región umbilical. El resto del examen fué esencialmente negativo si se exceptúa el estado de agitación nerviosa. El examen de sangre mostró 28.250 glóbulos blancos por metro cúbico, con el siguiente hemograma: linfocitos, 28%; bastones, 12%; segmentados, 55%, y eosinófilos, 5%.

Se hizo el diagnóstico de obstrucción intestinal por paquetes de ascaris y se ordenó su traslado a la Clínica Hospital Santa Ana para la intervención quirúrgica de urgencia.

Se practicó laparatomía exploradora. Se encontraron paquetes de ascaris lumbricoides, obstruyendo la luz del intestino delgado. Se practicó enterotomía doble y se extrajeron 82 ascaris

(*) Cirujano Adjunto del Servicio de Cirugía del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos".

(**) Urólogo consultante del Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos".

FERRO, AYALA

adultos. Se practicó además apendicetomía. Se instiló una solución de penicilina y estreptomicina en la cavidad peritoneal y se cerró la pared por planos. El paciente soportó bien la operación.

Durante el post-operatorio se administró penicilina, estreptomicina, coramina, extracto de corteza suprarrenal, fenobarbital y gota a gota de solución salina isotónica por vía venosa. Al siguiente día el estado general era satisfactorio, temperatura 38°, se inició la realimentación con leche semidescremada. Fué entonces cuando se ordenó la administración subcutánea cada 12 horas de solución de glucosa al 5% en solución isotónica de cloruro de sodio, acompañado, para facilidad de administración, de 1 cc. de hialuronidasa.

Esa noche el niño presentó hematuria macroscópica. Al examen clínico no presentaba nada anormal. El examen de orinas comprobó la presencia de sangre. La temperatura se mantenía 38° C, el estado general era satisfactorio y la tensión arterial no se había modificado. Se decidió no utilizar medicación anticoagulante hasta no haber tenido oportunidad de observar mejor el cuadro y llegar, si resultare posible, a un diagnóstico etiológico o al menos regional de la hematuria. Se comprobó que el enfermo expulsaba cerca de 25 cc. de sangre por cada 100 cc. de orina. Los exámenes hematológicos dieron los siguientes resultados: tiempo de sangría: 1 minuto 35 segundos; tiempo de coagulación: 8 minutos 30 segundos; tiempo de protrombina: 13 segundos; bilirrubina directa: 0; indirecta: 7,6; hemoglobina: 12,02 gm. por 100 cc.; hematocritos: 37 mm.; plaquetas abundantes.

En vista de que al día siguiente continuaba la hematuria, uno de nosotros (L. A. A.) fué llamado en consulta y se resolvió practicar cistoscopia, lo que se hizo el 17 de febrero. La cistoscopia mostró una vejiga de paredes normales y salida de orinas sanguinolentas por ambos meatos ureterales, por lo que se hizo el diagnóstico de hematuria renal bilateral. Frente a una hematuria renal bilateral, sin causa aparente, se resolvió suprimir la administración de hialuronidasa, por considerar que de la medicación que se estaba empleando era la única que se podía incriminar. Se indicó, además, un antihistamínico sintético, cloruro de calcio por vía oral, ácido ascórbico y complejo vitamí-

HEMATURIA POSTOPERATORIA

na B parenteral. Durante la cistoscopia se administraron 150 cc. de sangre completa citratada por vía intravenosa. Durante la tarde de ese día la situación no se había modificado, las orinas seguían teñidas de sangre. Al día siguiente por la tarde, sin embargo, las orinas eran rosadas, y por la noche de aspecto normal. El día 19 el examen fué negativo para hemoglobina, y desde entonces el curso prosiguió sin incidentes hasta que el chico fué dado de alta en buenas condiciones.

COMENTARIOS

Hemos considerado la posibilidad de que haya sido la hialuronidasa la causante de la hematuria en este caso, debido a la estrecha relación de causa a efecto que se observó en este paciente. Es bueno hacer notar que durante las primeras 20 horas del post-operatorio, en que no se utilizó hialuronidasa, las orinas del paciente fueron normales. A las 8 horas de haberse iniciado la administración de soluciones parenterales con hialuronidasa el paciente presentó la hematuria ya descrita. Durante las 48 horas en que se continuó inyectando el medicamento, la hematuria no se modificó. Ocho horas después de suspendido el medicamento las orinas empezaron a ser menos hematóricas, llegando en el término de 48 horas a ser completamente normales.

Revisando la literatura mundial y nacional, no hemos encontrado ninguna publicación al respecto. En vista de ello, nos dirigimos al Dr. Guillermo Angulo, Director Médico de Wyeth International Limited, Inc., consultándole el caso, por si tenía conocimiento de algún otro similar. A continuación transcribimos textualmente su opinión:

"En ningún caso se puede atribuir a la hialuronidasa inyectada la hematuria que presentó el niño. La hialuronidasa, tan pronto como llega al torrente circulatorio, es desnaturalizada, y por lo tanto deja de ser hialuronidasa. Debe existir un factor anti-hialuronidasa que aún no se ha determinado. En cuanto a las reacciones secundarias por la administración de hialuronidasa no existen. En nuestro laboratorio hemos inyectado a los animales de experimentación 200.000 veces dosis de 150 UTS, sin manifestación alguna de intolerancia. Tampoco puede atribuirse la hematuria a una manifestación de anafilaxia, ya que iría acompañado de otras manifestaciones, principalmente por parte de la piel.

FERRO, AYALA

No puede discutirse que pudiera ocurrir que un paciente tuviera sensibilidad por hialuronidasa, pero siempre sería un factor individual dependiente de la constitución del organismo de dicho enfermo y no del producto. La cantidad de hialuronidasa empleada por Ud., de 150 U., es la indicada."

Sin embargo, hemos considerado de interés el presentar esta observación, dado a que la hialuronidasa es una medicación de uso frecuente en los niños, bien tolerada en casi todos, por no decir todos los casos, y recurso valioso para la administración de líquidos parenterales por la vía subcutánea en niños pequeños y en todos aquellos pacientes en los cuales la administración de líquidos intravenosos se encuentra dificultada.

No pretendemos, ya que se trata de una observación aislada, sentar conclusiones definitivas al respecto, lo cual sólo sería posible después de un estudio detenido y una mayor experiencia, derivada de otros casos que pudieran presentarse.

RESUMEN

Se relata un caso de hematuria post-operatoria en un niño de 3 años. La hematuria se inició pocas horas después de la administración de hialuronidasa, continuó durante dos días en que se siguió utilizando dicho medicamento y cedió pocas horas después de suprimir la administración de hialuronidasa.

SUMMARY

The authors report the occurrence of gross hematuria in a 3 year old child who was receiving hialuronidase.

CONFERENCIA CLINICO PATOLOGICA DEL HOSPITAL
MUNICIPAL DE NIÑOS "J. M. DE LOS RIOS"

HEMATURIA DE LARGA DURACION EN UN NIÑO

A. MOTTA, E. VIZCARRONDO y L. POTENZA (*)

Servicio Medicina N° 2

Dr. MARCANO PADILLA (**)

(Interno del Servicio de Medicina N° 2)

A. S., de 6 años de edad. Es admitido al Hospital el 4 de marzo de 1952, por Hematuria crónica intermitente, fiebre y dolores abdominales.

Un tío paterno del paciente sufre de hemorragias nasales frecuentes y graves, hasta el punto de requerir transfusiones. El resto de la historia familiar es irrelevante para el caso. El niño proviene de una zona rural del Distrito Torres, Estado Lara, muy infectado de reduvídeos; vive en una choza techada con hacho (cardones secos) de piso de tierra. Alimentación a base de leche de cabra, granos y ocasionalmente huevos. No consume carne, legumbres ni frutas frescas. El niño es traído al hospital por sus tíos, quienes ignoran sus antecedentes personales patológicos. La enfermedad que motiva su ingreso al hospital comenzó 4 años antes con fiebre y hematuria macroscópica en forma de episodios a repetición acompañados a veces de dolor en el bajo vientre y trastornos de la micción. El primer episodio duró un mes aproximadamente, quedando luego libre de síntomas durante 16 meses aproximadamente. Al cabo de este tiempo se repitió la hematuria, presentando en esa ocasión expulsión de coágulos y retención de orinas. En octubre de 1951 (7 meses antes de su admisión) presentó un nuevo episodio semejante a los anteriores, por lo cual fué llevado a Barquisimeto, donde fué visto por un médico, quien prescribió tratamiento con inyecciones de penicilina. En esa ocasión se observó, además, la expulsión de orinas francamente purulentas. El enfermo mejoró al cabo de 2 meses de tratamiento,

CONFERENCIA CLINICO-PATOLOGICA

sólo para presentar nuevamente la misma sintomatología, por lo que se decidió enviarlo a esta ciudad. Viajó a esta ciudad en automóvil, y al día siguiente de su llegada presentó hematuria que cedió rápida y espontáneamente. Tres días antes de su ingreso al hospital presentó fiebre de 39° acompañada de malestar general, calofríos y hematuria.

Examen Clínico de Admisión: 4-3-52.

Temperatura: 38°. 9 c. Peso: 20,8 kilogramos. Talla: 1,19 metros.

Muchacho mestizo, delgado, pálido, triste, silencioso y decaído, enfermo crónico de gravedad mediana. En los aparatos circulatorios y respiratorios no se aprecian anormalidades. El borde inferior del hígado se palpó a 1 cm. por debajo del reborde costal. Bazo no palpable, percutible a nivel de la línea axilar posterior. La palpación abdominal no reveló puntos dolorosos ni masas anormales; tampoco es comprobó dolor a la palpación de las fosas lumbares. El resto del examen físico fué negativo. Al final del examen el niño tuvo micción sin dolor ni molestias, orinas parduzcas y turbias abundantes.

El niño fué enviado por un pediatra con diagnóstico de hematuria febril no dolorosa.

El diagnóstico de admisión fué: Malformación congénita de las vías urinarias (?).

Exámenes complementarios:

Hematología: 5-3-52. G. B.: 8.800. G. R.: 4.000.000. Hbg.: 10,1 grs. 61%. Eosinófilos: 1. Bastones: 27. Segts.: 32. Linfoc.: 25 Monocitos: 15.

Observaciones: Anisocitosis, ligera hipocromasia.

Orina 4-3-52: Aspecto turbio, color rojizo, reacción ácida, densidad 1025. Albúmina: positiva. Hemoglobina: positiva. G. R.: abundantes. G. B.: aproximadamente 50 p/c.; glóbulos de pus.

Kahn: Serología, 5-3-52: negativa.

Heces, 6-3-52: Ascaris.

Urea, 6-3-52: 20,5 mgrs.%. Investigación de paludismo, 12-3-52: negativa.

Urocultivo, 6-3-52: Estafilococos albus hemolítico. Urocultivo: 11-3-51: Bacilos piocianicos, estafilococos. Albúmina: hemolítico.

HEMATURIA PROLONGADA

EVOLUCION Y TRATAMIENTO.

El paciente fué sometido a dieta semisólida con 600 cc. de leche.

Durante las dos primeras semanas de hospitalización presentó gan-
chos febriles cotidianos de 38° a 40° grados. Cuatro días después de
haber ingresado a este Instituto la hematuria macroscópica había des-
aparecido, para reaparecer 2 días más tarde. *Las pruebas de los 3 vasos*,
practicada el día 13-3-52, reveló hematuria franca en el primero, que
fué disminuyendo en el segundo y tercer vasos.

Se practicó *Urografía de excrección*, el día 13-3-52, no reveló ima-
gen alguna del riñón izquierdo; el riñón derecho apareció con morfo-
logía normal. La placa simple no comprende la imagen de la vejí-
gla; pero en una de las placas de eliminación se observa una imagen
sospechosa de litiasis o pólipo vesical (Dr. Luis A. Ayala).

Ese mismo día, a las 12,30 p.m., presentó fuerte dolor a nivel del
flanco izquierdo, acompañado de sudoración y lipotimia, se indicó ci-
balgina y belladona.

En vista de la aparición de bacilos piocianicos en el urocultivo, se
decidió diferir la cistoscopia que había sido pedida, y se ordenó aureo-
micina y estreptomycin. El día 17-3-52, el paciente presentó mal es-
tado general, decaimiento, indiferencia, tos seca; el estudio radiográ-
fico de tórax, practicado ese día, reveló imagen de derrame pleural
en la base del campo izquierdo. (Servicio de Radiología).

El día 22-3-52 se practicó punción pleural y se extrajeron 150 cc.
de líquido purulento teñido de rojo, se inyectaron 10 cc. de aire, in-
mediatamente se practicó estudio radiológico y se apreció acentuación
del dibujo en la base izquierda, con seno costodiafragmático libre y
hemitórax izquierdo alto; no se apreció neumotórax. Se sospechó se
tratase de un absceso subfrénico (Dr. Marcano Coello). Practicado
examen de la substancia extraída, reveló: Al examen directo: Estafi-
lococo, bacilos pleomórficos gram negativos, semejantes al hemophilus
influenzae; bacilos fusiformes. Examen directo, para B. de Koch: ne-
gativo. En el cultivo: estafilococos, albus hemolíticos y estreptoco-
co alfa hemolítico.

La sensibilidad a los antibióticos mostró: estafilococo sensible a
la penicilina, aureomicina y estreptomycin. Durante todo este perío-
do siguió presentando hematuria, irregularmente. Los exámenes de
orina continuaron presentando pus abundante.

Desde el día 25-3-52 se agregó al tratamiento anterior penicilina.

Con diagnóstico de absceso subfrénico y afección renal, fué trasla-
dado al Servicio de Cirugía. Es intervenido el 28-3-52 con el diagnós-
tico preoperatorio antes dicho.

Lesiones encontradas: tumor renal lobulado con puntos reblande-
cidos que daban salida a contenido de aspecto encefaloideo. Grandes
adherencias del tumor al diafragma, colon y fosa renal. El riñón apa-
recía aumentado dos y media veces su volumen. Pelvis y uréteres dila-
tados ambos con adherencias marcadas.

CONFERENCIA CLINICO-PATOLOGICA

Descripción de la operación: Se le practicó punción exploradora a través de la línea axilar media, obteniéndose pus por encima de la 10ª costilla. Se incindió entre la décima y undécima costillas y se resecó la undécima. Se incindieron los planos profundos. Se apreció tumor fijo con los caracteres antes dichos. Resección de la duodécima costilla. Se aspiró donde estaba contenido purulento y fungoso. Liberación completa del pedículo, seccionándolo entre pinzas, extirpando con ello el tumor. Revisión de la hemostasia. Limpieza de la celda renal. Reconstrucción de ésta por planos, dejando dos drenes de látex y solución de 200.000 unidades de penicilina y un gramo de estreptomizina. Al día siguiente de la intervención el niño presentó orinas rojizas, en adelante se aclararon. La evolución post-operatoria fué satisfactoria, levantándose el 2-4-52.

Los exámenes de orina practicados después de la intervención, a partir del 31-3-52, no nos revelan nada anormal.

Urocultivo del 16-4-52 negativo para piógenos y colibacilos.

El día 8-4-52 se comenzó a administrar Terramicina, la cual se dió hasta el día 21-4-52. Actualmente el niño no ha presentado micciones hematúricas, no ha tenido dolor abdominal, que solía presentarse antes de la operación. El estado general va mejorando progresivamente. La fiebre continúa cayendo y el peso va progresivamente aumentando.

DISCUSION

Dr. Vizcarrondo:

Al llegar el enfermo a nuestro servicio teníamos ante nosotros por resolver el problema de una hematuria crónica y, por consiguiente nos pareció lo más juicioso consultar al urólogo, con el objeto de que se practicara una citoscopia, cateterismo uretal y urografía, tanto por vía ascendente como por excreción. El doctor Ayala en común acuerdo conmigo y con el doctor Barnola del Servicio de Laboratorio, resolvimos posponer la citoscopia en vista del urocultivo, que demostró *B. piocianico* y *estafilococo albus hemolítico*, temiendo una posible septicemia a consecuencia de las maniobras instrumentales.

Estuvimos todos de acuerdo en que se practicara la urografía por excreción, la cual sólo demostró un riñón izquierdo excluido, dejándonos por consiguiente sin posibilidad alguna de diagnóstico del tipo renal, pues tan sólo podíamos afirmar que el riñón afectado era el izquierdo. Una radiografía pulmonar demostró la presencia de una opacidad en la base del pulmón izquierdo, pensándose en la posibilidad de una pleuritis. En los días

HEMATURIA PROLONGADA

sucesivos, como la fiebre continuó y el estado general del paciente seguía empeorando, ordené un control radioscópico, con el objeto de precisar si había ascendido la opacidad pleural, y en ese caso practicar una punción exploradora.

El Dr. Marcano Coello, no obstante de que no se había comprobado ascenso de la opacidad, decidió practicar la toracentesis, obteniéndose pus abundante. Se dió cuenta de inmediato de que la aguja introducida no producía ruido de espacio pleural y decidió inyectar aire y observar de nuevo a los rayos X, dándose entonces cuenta de que la colección purulenta estaba por debajo del diafragma, formulando en consecuencia el diagnóstico de absceso subfrénico. El examen bacteriológico del pus demostró la presencia de estreptococos y estafilococos, siendo importante señalar que no se encontró *B. piocianico*.

En estas circunstancias discutimos largamente acerca de la colección purulenta y de la conducta terapéutica a seguir. Todos los médicos del Servicio a mi cargo, y los Dres. Ayala y Motta, del Servicio de Cirugía, estuvimos de acuerdo en la necesidad de drenar el absceso en un primer tiempo, y más tarde decidir lo necesario, una vez precisado un diagnóstico seguro de la afección renal.

En conclusión, nuestro diagnóstico pre-operatorio era el de absceso perinefrítico, a consecuencia de una lesión renal que era preciso determinar.

Quizás podría tratarse de un absceso perinefrítico del polo superior, consecutivo a la abertura de absceso renal cortical, que muchas veces es consecuencia de un foco infeccioso distante y crónico.

La lesión pleural la interpretamos como una pleuritis seca, consecutiva a una reacción por contigüidad, *sin exudado*. Además encontramos algunos nódulos en ambos hilos.

En cuanto al tipo de lesión renal pensábamos en varias posibilidades: una tuberculosis, un tumor, una litiasis o una malformación congénita (con severa infección secundaria sobreañadida), o una infección renal no tuberculosa que hubiere pasado a la fase crónica, con probable pionefrosis. En todas estas eventualidades, la intervención era de rigor.

En lo relativo a la medicación antibiótica puesta en práctica, primero se ordenó estreptomycin y aureomicina, para com-

CONFERENCIA CLINICO-PATOLOGICA

batir al *B. piociánico* y *estafilococos*, luego se agregó penicilina una vez conocido el resultado del examen bacteriológico del pus extraído por punción.

Estas medicaciones mejoraron un tanto el estado general y, sin duda alguna, prepararon muy bien al enfermo para la intervención. En la intervención y después de ella se usaron la penicilina y la estreptomicina, a la cual se añadió más tarde la terramicina, por indicación del Dr. Motta.

Dr. Motta: (Presenta al paciente cuyo estado general ha mejorado notablemente y demuestra la herida operatoria.)

La operación se inició por punción exploradora, a través de la línea axilar media, por encima de la 10ª costilla, punción que dió salida a pus untuoso, difícil de drenar, proveniente probablemente de la celda perirrenal. En vista de eso se procedió a practicar nefrectomía, previa resección de la 9ª costilla.

El riñón aparecía muy aumentado de volumen, por lo que llama la atención que no hubiera sido palpable clínicamente.

Durante el acto operatorio, el Dr. Ayala y yo obtuvimos la impresión de que estábamos frente a un tumor maligno necrótico infectado secundariamente y que se había vaciado espontáneamente en la celda perirrenal a través del polo superior del riñón.

Sin embargo, pensamos que podía tratarse también de una hidronefrosis infectada por la larga duración del proceso y el mal estado general del enfermo. Descartamos la posibilidad de una tuberculosis renal, en primer lugar por el gran tamaño del riñón, los riñones tuberculosos siendo casi siempre pequeños y también por la ausencia de lesiones vesicales y testiculares.

En cualquiera de las dos posibilidades, tumor o hidronefrosis infectada, la indicación de la nefrectomía era absoluta.

Dr. Landaeta Payares: Las radiografías correspondientes a la urografía de eliminación muestran ausencia de imagen correspondiente al riñón izquierdo. En cuanto a la radio de tórax reconozco mi error de diagnóstico al interpretar la imagen como una pleuresía, cuando en realidad se trataba de una colección sub-diafragmática, como lo demostró el Dr. Marcano Coello al practicar la punción e inyectar aire.

HEMATURIA PROLONGADA

Dr. Gámez: Pienso que el error se hubiera podido evitar si se hubiera practicado una radiografía de perfil.

Dr. Vizcarrondo: Admitiendo que se trataba de un absceso sub-frénico, creo, sin embargo, que había al mismo tiempo una pleuritis de vecindad. Si al absceso sub-frénico se le hubiera permitido evolucionar espontáneamente, posiblemente se hubiera abierto a través del diafragma en la cavidad pleural.

Dr. Motta: Para el diagnóstico diferencial entre pleuresía y absceso sub-frénico, es muy importante la inyección de aire después de evacuar la colección purulenta. El examen radiológico muestra entonces si el aire está por encima o debajo del diafragma.

Dr. Raga: ¿La enfermedad evolucionó con fiebre prolongada?

Dr. Potenza: ¿Se le practicó prueba de Mantoux al paciente?

Dr. Vizcarrondo: Sí; fué negativo.

Dr. Martínez Niochett: ¿Cómo se explica la prueba de los tres vasos si la hematuria era de origen renal?

Dr. Tovar: O la prueba de los tres vasos no fué bien practicada, o la prueba no da resultados satisfactorios, ya que ella indicaría hematuria de origen prostático. En favor de hematuria renal existe el hecho de la presencia de coágulos masivos.

Dr. Motta: ¿La presencia de bacilos piociánicos no puede interpretarse como contaminación?

Dr. Barnola: La presencia de bacilos intra-celulares observados en el frotis directo es un dato de mucho valor, que apoya los resultados obtenidos con el urocultivo. Y si los bacilos piociánicos aparecen en unos cultivos y en otros no, es un hecho que se observa frecuentemente en la rutina de cualquier laboratorio de bacteriología. El primer cultivo positivo fué antes del tratamiento con aureomicina, los demás después que el enfermo había sido tratado intensivamente.

Dr. Tovar: Este caso demuestra una vez más la importancia de hacer exploraciones urológicas completas en cualquier caso de hematuria prolongada o piuria a repetición.

Dr. Potenza. (Descripción de los hallazgos macroscópicos y microscópicos): El espécimen consiste de un riñón, el cual mide 10 x 3,5 x 1,5 cms. y de un fragmento de uréter de 5 x 1

CONFERENCIA CLINICO-PATOLOGICA

centímetros. La superficie del riñón es lisa en la mayor parte de su extensión, pero presenta varias lobulaciones; una situada en el polo superior, no cubierta por la cápsula renal, es friable y mide 3 cms. en su diámetro mayor. En su parte media cara posterior se halla otro nódulo de 2 cms. y a 4 cms. del polo inferior se ve un tercer nódulo de 1 cm., estos últimos cubiertos por la cápsula renal. En el borde externo, parte media, se halla otro nódulo de 1.5 cms. Todos son de consistencia blanda y de color rosado pálido. Al seccionar el órgano se nota que su estructura está considerablemente alterada: no se puede notar separación entre parénquima y corteza; en su lugar se hallan numerosas masas muy friables, rosado pálido; una de ellas se insinúa dentro de la pelvis en la forma de un badajo de campana. Alrededor de estas masas se ven áreas de tamaño variable entre 1 y 0.5 mm. de color amarillo oro. Áreas semejantes se ven en las inmediaciones de los restos de parénquima renal. En cortes macroseriados, de 1 cm. de espesor, nótase al parénquima renal residual, comprimiendo las masas tumorales. En el uréter hay sendos nódulos rosados, friables, separados por uréter de aspecto sano, el mayor de los cuales mide 10 y el menor 3 mm. Implantaciones semejantes hallanse también en los cálices y pelvis. En la masa tumoral hay dos quistes, uno de 3 y el otro de 5 mm. El estudio microscópico puso en evidencia formaciones epiteliales formando túbulos o masas no diferenciadas, coincidiendo con estructuras sarcomatosas. Es un caso típico de *embrioma renal o tumor de Wilms*. Es de notar que no hallamos fibras musculares, ni cartílagos, ni estructuras preglomerulares, como hemos visto en otros de los casos observados en nuestro servicio. Una particularidad curiosa es en este caso la presencia de un granuloma inflamatorio desarrollado alrededor de cristales de colesterina con abundantes células xantomatosas, las cuales se hallan en todas aquellas partes previamente descritas de color amarillo; la mayoría mononucleadas con protoplasma espumoso. Ocasionalmente hay células con dos o tres núcleos, como las llamadas "células de Touton" de los xantomas; se colorean en anaranjado con el Sudán y en azul con el Azul de Nilo. Examinadas a la luz polarizada son isotrópicas.

La piuria no podemos explicarla por el estudio de la pieza

HEMATURIA PROLONGADA

operatoria, ya que microscópicamente no hallamos ni ureteritis ni pielitis, así como tampoco infección renal ni peri-renal. Las preparaciones que le permitió al laboratorio clínico hacer el diagnóstico de glóbulos de pus, fueron vistas por mí, y comprobé que en realidad se trataban de piocitos y no células tumorales. Otro problema que el caso plantea es la presencia de calcificaciones pulmonares con Mantoux negativo, cuya interpretación debe investigarse porque el paciente viene de una región (Estado Lara) donde se han encontrado reacciones a la histoplasmina positivas.

Dr. Oropeza: En el Distrito Torres, del Estado Lara, no hay histoplasmosis.

Dr. Raga: ¿Podría el Dr. Potenza ilustrarnos sobre algunas particularidades de este tumor que nos ocupa?

Dr. Potenza: Es bueno recordar que estos tumores pueden ser bilaterales, que alcanzan a veces grandes dimensiones. Se observan en los primeros años de la vida, a veces congénitos. Raramente después de la primera década; los casos descritos en adultos son rarísimos (algunos autores dudan de su existencia). Los varones se hallan doblemente atacados en relación con las hembras. En nuestra serie de 12 casos todos fueron varones. Las metástasis se hacen a nivel de los ganglios regionales, hígado y pulmones principalmente. La invasión de las venas puede observarse, pareciéndose esto a los hipernefromas. Los síntomas que llaman la atención varían de acuerdo con las estadísticas. Tumor es el más frecuente, hematuria es considerada entre 4 y 25 % aproximadamente, más raro dolor, etc., etc.

El origen de estos tumores: blastema pararrenal. Recuerdese que este blastema cesa de proliferar a las 34 semanas de vida intrauterina. Cuando por alguna circunstancia la diferenciación de los glomerulos y túbulos no se realiza, el resultado es un tumor. Después de esta época (34 semanas) no hay más formación de nuevos nefrones. En ninguna circunstancia, de acuerdo con Potter, hay formación de nuevos glomerulos, después de esta edad.

Dr. Miranda: ¿El tamaño del riñón no era demasiado pequeño para un tumor de cuatro años de evolución?

Dr. Potenza: No lo sé. Pero el tamaño alcanzado por un

CONFERENCIA CLINICO-PATOLOGICA

neoplasma no es siempre paralelo a su edad. De una manera categórica, se acepta que estos tumores tienen origen congénito.

Dr. Oropeza: Conozco una familia de Caracas en donde tres niños presentaron tumores de Wilms.

Dr. Tovar: ¿Cuál es el pronóstico en este caso?

Dr. Potenza: Es muy variable. Hay casos avanzados que evolucionan favorablemente. Pero, en general, es malo. Si al cabo de dos años el tumor no ha recidivado o dado metástasis, puede considerarse curado.

Dr. Quintero U.: 9 a 10 casos operados: 2 hematurias, 1 tumor no palpable, todos han muerto por metástasis en huesos del cráneo "in situ" y pulmonares.

Es importante tener presente que estos tumores pueden ser hereditarios, tanto que en uno de los casos que se refirió el Dr. Oropeza, se intervino precozmente, pues se esperaba su aparición y el cirujano lo exploraba sistemáticamente, hasta que halló la masa renal a la edad de tres meses. El niño sobrevive después de cuatro años sin haber hecho irradiación previa. La reproducción de estos tumores se hace entre el cuarto y el séptimo mes. Después del séptimo mes el pronóstico es favorable, no pudiendo hablarse, sin embargo, de curación hasta después de dos años.

Dr. Sucre: ¿Cuál es la sensibilidad de estos tumores a los rayos X? ¿Se debe practicar radioterapia pre-operatoria?

Dr. Quintero: Las opiniones están divididas. Algunos opinan que debe hacerse radioterapia pre-operatoria para reducir el volumen tumoral y facilitar la operación. Otros operan y luego radian, y otros no usan ni uno ni otro procedimiento.

Dr. Martínez Niochett: En Boston, el Dr. Gros opera estos tumores como casos de "emergencia".

Dr. Raga: El Dr. Farber, también de Boston, opina que toda tumoración abdominal en un niño debe operarse de urgencia y esperar el diagnóstico anatomopatológico.

SALA DE RECREO "LYA IMBER"

El día 31 de enero de 1952 se inauguró un pabellón de recreo para niños hospitalizados en el Hospital Municipal de Niños "J. M. de los Ríos".

Esta realización, tan necesaria para la salud mental de los chicos hospitalizados, se debe al esfuerzo de la Sra. Hilda Iturbe de Aurrecochea. Desde su asociación con el hospital, como psicóloga infantil, la Sra. Aurrecochea vió la necesidad de proveer un lugar para recreo fuera de las salas de hospitalización, para los casos semiambulatorios y ambulatorios.

La construcción del pabellón fué posible gracias a la ayuda generosa de la Srta. Pascuita Basalo, Sra. Magdalena Zingg de Fernández y el Ing. Dr. Eduardo Bello. La Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal hizo donación del mobiliario. Durante el acto de la inauguración estuvieron presentes los médicos y enfermeras del Hospital de Niños. Tomó la palabra la Sra. Aurrecochea para ofrecer el Pabellón, que fué bautizado "Sala de Recreo Lya Imber". A continuación contestó la Dra. Lya Imber de Coronil las siguientes palabras:

Señor Presidente de la Junta de Beneficencia, Señor Director y compañeros del Hospital de Niños, Señoras, Señores:

No podría describir hasta qué grado es honda la satisfacción en mí motivada por el acto que aquí nos reúne a todos.

Quisiera me permitieran no hacer sino una muy vaga alusión al hecho de que, gracias a la ilimitada generosidad de ustedes, el Pabellón, de hoy en adelante, quedará bautizado con mi pálido nombre.

Lo que tiene verdadera importancia, amén del hecho mismo de un nuevo Pabellón, son sus raíces y, sobre todo, sus proyecciones del futuro. Este nuestro Hospital de Niños, creado allá por el año de 1936, es el primero en su género en favor de la salud y de la vida de la infancia. En su seno nos formamos o, para decirlo con mayor propiedad, se formó la primera falange de pediatras venezolanos. Al lado de nuestros maestros, Gustavo Machado, su fundador y primer Director, generoso amigo, honda y humanamente preocupado por la infancia y sus problemas, quien extiende su mano ductora hasta el Consejo Venezolano del Niño, donde su desinteresada preocupación plasma una organización tan necesaria como útil para ayudar en la solución de los múltiples problemas de nuestra infancia, y Pastor Oropeza, organizador y guía de la División Materno-Infantil del SAS, y a quien en 1940 se le asigna la difícil tarea de la enseñanza pediátrica en la Universidad Central. Sus manos firmes y conscientes saben agrupar a su alrededor a hombres valiosísimos, selectos y enamorados de la docencia para lograr una Cátedra homogénea, humanamente compenetrada de los diversos problemas de la infancia, que rindió sus frutos al multi-

CRONICAS Y NOTAS

plicar y perfeccionar generaciones de pediatras que a todo lo ancho de Venezuela están brindando hermosos resultados para el bienestar de la infancia tan numerosa como golpeada. Al lado de esos maestros nuestros y de bracero con los textos de estudio aprendimos a curar y, lo que más importa, a profesar desinteresado afecto a nuestros pacientes. Aprendimos, asimismo, que este Hospital, al igual de los demás, puede engendrar en el niño la delicada enfermedad del "hospitalismo". De allí nació la idea de la urgencia impostergable de aliviar al niño, durante su permanencia en el Hospital, no sólo sus dolencias físicas, sino la indefinible pena de la soledad, de lograr compensación de la ausencia de sus más íntimos y amados familiares.

El exceso de trabajo, con su tiranía consiguiente, no permite algunas veces a los profesionales preocupados detenerse, como quisieran, a meditar en esas inquietantes situaciones; como puede también suceder —desgraciadamente sucede— que meditaciones de índole psicológica, como las aquí puntualizadas, sean motejadas de banales o sensibleras. Mas, si observamos con entera y cabal humanidad el momento en que un niño enfermo es arrancado de los brazos de su madre y llevado luego, por una persona extraña, a una Sala con niños extraños y médicos y enfermeras, donde todo le es ajeno y sorprendente, no encontramos palabras para definir su tragedia, ni tampoco óleos piadosos para ungir y desvanecer su inenarrable dolor.

En la asistencia de un niño, ya sea enfermo en un Hospital, alumno en una escuela o pupilo en un internado, concurren factores múltiples, de cuya correcta interpretación depende el éxito de la misión asistencial, más todavía, la verdadera clave para la salvación y orientación de los niños.

En una escuela, en un internado o en un hospital, no solamente se deben dictar cursos o asistir con asiduidad al niño. Hay algo más hondo. Pensar en cada niño: estudiar con cariño sus reacciones, su carácter, respetar sus peculiares modalidades, tratar de solucionar sus problemas, en una palabra, comprenderlo, ayudarlo y ampararlo siempre. Es por eso que, en nuestros días, el antiguo concepto de caridad ha dado paso al deber social. Este que hoy nos ocupa, no debe por eso aparecer como aporte magnánimo, sino como lo que realmente es, como parte de los deberes que se cumplen en la marcha de las instituciones al servicio del niño.

La señora Aurrecoechea, en sus palabras, hizo algunos comentarios sobre el tipo de actividades que hoy se impone en el tratamiento de los niños en el Hospital para mejorar tanto sus dolencias físicas como sus penas morales; explicó, además, cómo pudo hacerse realidad palpitante este precioso Pabellón, gracias a la bondadosa actitud y al dinamismo ingente de ustedes. Mas, hay algo que ella no pudo decir y que yo, conmovida, sí puedo decirlo: la entrada de la señora Aurrecoechea al Hospital de Niños marca un hecho decisivo, y es la aceptación formal, por parte del personal directivo, de la necesidad de servicios técnicos de esta índole. El Pabellón se hizo porque esta mujer,

CRONICAS Y NOTAS

discreta y sensible, lo tomó como algo muy noble y suyo. Si es cierto que yo hago más todas sus emociones y la satisfacción de todos ustedes, debo, por lo mismo, aprovechar este perdurable momento de nuestra vida profesional para decir que lo que más vale de los edificios no es su imponente y bella arquitectura, sino la vida y el latido de humanidad que sean capaces de crear y acrecentar. Cada día los Hospitales para adultos y niños deben esmerarse en atender lo mejor posible al enfermo. La terapia ocupacional juega cada vez mayor papel en los Hospitales y, para la eficacia de este tipo de actividad, se capacita y entrena el personal indispensable. Técnicos estudian la posibilidad de no utilizar el Hospital para niños, cada vez que se pueda resolver sus problemas suministrando tratamiento ambulatorio. Durante los últimos años, se han perfeccionado notablemente los métodos de prevención y tratamiento. La morbilidad y la mortalidad infantil han disminuído notablemente; y en la medida en que su salud física se torna más segura, crece la preocupación por la psicología y la salud mental del niño. Psicólogos y psiquiatras han comprobado los efectos de la separación madre-niño y, en los momentos actuales, diferentes grupos estudian con detenido interés los efectos generados por esta separación en la psiquis infantil.

No debo terminar sin expresarles una vez más mis gracias más expresivas. Gracias al Director del Hospital, Dr. Humberto Arroyo Parejo; a la Comisión Técnica del Hospital, y al Presidente de la Junta de Beneficencia Pública del D. F., Dr. Leopoldo Manrique T.; a la Directora de Enfermeras, Srta. Ballester, y a la señora Aurrecoechea, Psicóloga del Hospital, quienes con su entusiasmo y decisión hicieron realidad este proyecto. Gracias a Pascuita Basalo y a Magdalena Zingg de Fernández, quienes con su generosa contribución hicieron posible la realización de esta obra. A las niñas del Ballet de Pascuita Basalo, quienes con su representación, mezcla de trabajo y diversión, han contribuído, quizá inconscientemente, a traer a esta casa un poco de la alegría de sus danzas. Gracias a todos ustedes, compañeros de esfuerzo y de esperanza.

En este turbador momento les invito a recordar a una mujer joven y angustiada que dejó una Europa desgarrada por la guerra y que, de pronto, puso pie en esta tierra joven, vibrante, generosa, llena de sol. Ya podrán imaginarse lo mucho que esa mujer siente por esta tierra y lo que simboliza para ella.

Estamos convencidos que cuando las personas tienen los mismos ideales firmemente arraigados, no hay fronteras entre ellos. Ni problemas de raza, de religión, de credo político, desvían la finalidad de su obra, si ella es humana y buena. El médico que cura a sus enfermos, el sacerdote que salva las almas, el maestro que forma conciencias, el artista que crea belleza, cuando se entregan a su misión con entrañable y verdadero amor, al curar los cuerpos y redimir las almas, piensan, sin egoísmos ni rivalidades, en todas las patrias.

La grandeza de los seres superiores no está en la cantidad de co-

CRONICAS Y NOTAS

nocimiento, ni en la capacidad de agredir, está en la nobleza y abundancia del corazón. Recuerdo haber leído una vez esto: "Se puede ser grande por el genio, por el espíritu; pero se es grande, sobre todo, por el corazón."

La protección del niño es quizás la lucha imperativa para proteger la especie en la que hombres y mujeres del mundo se han unido, en obra redentora, para crear una humanidad mejor.

IMPOSIBLE CLASIFICAR EN GRADOS LA LECHE PASTEURIZADA A CAUSA DE LO PRIMITIVO DE LOS SISTEMAS

La Comisión Mixta que estudiaba la posibilidad de clasificación informa que las condiciones sanitarias no permiten hacerlo

Como consecuencia de los primitivos sistemas de explotación en la gran mayoría de las vaqueras venezolanas, que determinan la falta de los requeridos estados higiénicos de producción, no es posible obtener en la actualidad clasificación para distintos grados de leche pasteurizada.

Así lo declara la Comisión Mixta creada el año anterior para el estudio sobre la posibilidad de establecer distintos tipos de leche pasteurizada para ser expedida a precios diferentes y también la manera de pagar el subsidio de acuerdo con la calidad de leche producida y las condiciones sanitarias de los establos. Dicha Comisión estuvo compuesta por sendos representantes de los Ministerios de Fomento, Agricultura y Sanidad, y de los productores y empresas pasteurizadoras.

Condiciones sanitarias no satisfactorias.

En el Informe que presentó la Comisión se asienta que las condiciones sanitarias en la producción de la leche no son satisfactorias, no sólo por la alta incidencia de tuberculosis en el ganado productor y por la falta de higiene en la práctica del ordeño y aseo de los utensilios, sino también por la deficiencia de las instalaciones necesarias para la protección de la leche.

El ordeño —en el 60 % de los establecimientos centrales— se practica en corrales, "en medio de nubes de polvo, de moscas, agua y pantano, según que sea verano o invierno". En 322 vaqueras, sólo 7 disponen de refrigeración.

Leche decomisada.

Por diversas causas, principalmente por alta acidez, en el período 1948-51 se decomisaron más de 500.000 litros, con la correspondiente pérdida para el productor y el consecuente déficit alimenticio para la población.

En estos datos se basó la Comisión para señalar la imposibilidad de obtener, por los momentos, los distintos tipos de leche.

CRONICAS Y NOTAS

No hay leche Grado "A"

Como resultado de los exámenes e inspecciones realizados por las autoridades sanitarias, no existe leche Grado "A"; la calificación de Grado "B" sólo puede aplicarse a menos del 5% de las leches producidas en el país y el resto corresponde a las características asignadas a la Grado "C". Esta mediocridad sanitaria no se refiere a su contenido en principios nutritivos, sino a sus condiciones higiénicas.

Esta lamentable situación da lugar a considerables pérdidas de leche, tanto por la baja producción del ganado, desatendido en su salud, como por los decomisos que hacen las autoridades sanitarias a causa de la acidez del producto.

Costo de producción

El costo unitario de producción obtenido por la Comisión fué el de 0,70 por litro, en promedio. De acuerdo con tales costos, regulado el precio de venta al público de leche pasteurizada en Bs. 1 el litro, como las plantas pagan 0,70 a los productores, se justifica el subsidio para que éstos puedan cubrir sus costos y obtener una pequeña utilidad.

La industria de la lechería —informa la Comisión— produce rendimientos sensiblemente muy bajos. Los préstamos hipotecarios, por ejemplo, producen del 9 al 12%; la renta inmobiliaria en general es de 12%; Bonos, de 5 y medio a 6%; industrias, promedio de 8%.

De acuerdo con investigación realizada en un fundo medio del Estado Aragua, su costo de venta por litro es de Bs. 0,74; si el subsidio fuera de Bs. 0,20 por litro, su rentabilidad anual sería de 3,3%, y siendo como es ahora de Bs. 0,15, la rentabilidad apenas llega a 1,4%. "En estas condiciones —apunta— es muy dudosa la elección del inversionista por la industria ganadera; sería ésta, entonces, la mejor oportunidad para aplicar la intervención del Estado, estimulando a los productores por medio de subsidios y créditos baratos."

Consumo de leche

Según datos del SILSA, el consumo por persona y por año en diversos países es el siguiente:

Nueva Zelanda, 208,6; Uruguay, 157,3; Estados Unidos, 133,8; Colombia, 107,3; Francia, 82,6; Unión Sudafricana, 71,6; Venezuela, 25,4; Japón, 2,7.

La necesidad anual de leche fresca en Venezuela para una población de 5 millones de habitantes, de acuerdo con investigaciones levantadas por dietólogos, y las cantidades deficitarias correspondientes son éstas:

Requerimientos: 537.000.000 de litros. Consumo actual: 116.400.000 litros. Para cubrir este importante déficit necesitaríamos una produc-

CRONICAS Y NOTAS

ción diaria de 1.152.328 litros en todo el país o recurrir a la importación de leche en polvo, medida que se viene haciendo con tendencia al ascenso.

En la zona central controlada por SILSA, la producción en los últimos años ha sido así: 1948, 14.936.073; 1949, 17.815.346; 1950, 20.549.986; 1951, 24.651.920. Conforme a este ritmo, la de 1952 ha debido ser de 30 millones.

Tuberculosis bovina

La Comisión señala que, después de haberse examinado una cuarta parte de la población bovina representada por 15.535 animales, con un resultado de 4.000 reacciones positivas a la tuberculosis, para erradicar esta enfermedad en los Estados Aragua, Miranda, Carabobo y Distrito Federal, y según datos del SAS, se necesita una cantidad mayor de 12 millones de bolívares y el sacrificio de varios miles de animales.

Solamente —agrega— en el Distrito Federal sería necesario sacrificar el 90% de la población bovina en producción y reconstruir los establos.

(Tomado del diario "El Universal" de Caracas.)

BECAS MEAD JOHNSON

MEAD JOHNSON & COMPANY anuncia, a través de la Secretaría de la Sociedad de Puericultura y Pediatría, de Venezuela, su concurso para cubrir CUATRO BECAS sobre estudios de Pediatría en el Hospital Infantil, de México, bajo la dirección del Profesor Dr. Federico Gómez.

Las becas se destinan a médicos de las siguientes naciones: Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Las inscripciones para las becas se cierran el 1° de abril del año actual, por lo que los interesados deberán enviar a la mayor brevedad sus solicitudes y documentos correspondientes, a la Secretaría de la Sociedad de Puericultura y Pediatría, situada en el Hospital de Niños, "J. M. de los Ríos", esquina de Pirineos, Caracas; o directamente a:

Dr. Federico Gómez
Director del Hospital Infantil
Calle del Dr. Norma s/n.
México 7, D. F. México.

La duración del curso será de 2 años a partir del 1° de julio de 1953 al 30 de agosto de 1955, durante los cuales el becado recibirá la cantidad de \$ 400,00 por año, o sea, un total de \$ 800,00, o su equivalente en pesos mejicanos por los 2 años de duración de la beca.

CRONICAS Y NOTAS

MEAD JOHNSON & COMPANY, cubre también el pasaje de los becados, desde su país de origen al comienzo del curso, como el de regreso al final de los mismos.

Las solicitudes deberán ir acompañadas de una fotografía, datos personales completos, copia fotostática del título, carta de recomendación de un Pediatra reconocido, copia de su historial escolar y testimonio de que el solicitante se ha dedicado a la Medicina en general por espacio de un año o más.

Las condiciones que servirán de base al Comité de Becas del Hospital Infantil, para la elección de los becados, serán:

1. Ser médico cirujano con título expedido por Universidad debidamente autorizada.
2. No ser mayor de 35 años de edad.
3. Gozar de buena salud.
4. No tener más de 3 años de graduado.
5. Aprovechamiento y conducta escolar bien acreditada por la Facultad que expidió el título y haber demostrado interés por la Pediatría.
6. Sujetarse disciplinadamente a los Reglamentos de la Institución y los Reglamentos especiales para Médicos Internos y los Reglamentos Universitarios.
7. Dedicar todo su tiempo exclusivamente a las actividades académicas y hospitalarias de internado.
8. Vivir dentro del Hospital durante todo el tiempo que dure la beca.
9. En caso de que el número de solicitudes aceptadas exceda el de becas disponibles, el Comité de Becas valorizará los antecedentes escolares, profesionales y producción científica de cada candidato para elegir entre ellos.
10. El alumno podrá ser suspendido por las siguientes causas:

Incapacidad científica.

Incapacidad física.

Incapacidad moral.

Incapacidad técnica.

Falta de cumplimiento a los Reglamentos del Hospital y del Curso.

Al final del curso, si el alumno sale aprobado en su tesis y examen final, la Universidad Nacional de México otorga al becado el diploma de Médico Pediatra, Universitario, con derecho a usar las iniciales M. P. U., después de su nombre.

En el año de 1952, fué seleccionado para cubrir esta beca de Mead Johnson & Company, el Dr. MANUEL MANEYRO, de Venezuela, quien en la actualidad se halla especializándose en el Hospital Infantil, de México.

CRONICAS Y NOTAS

INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCION A LA INFANCIA

Antecedentes

Informe sobre el Seminario de trabajo de protección a la infancia, realizado en Venezuela del 1 al 20 de septiembre de 1952, que presenta el Delegado Técnico por Venezuela, Dr. Ernesto Vizcarrondo, ante la Tercera Sesión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos.

El Seminario Nacional realizado en Venezuela fué consecuencia del que había tenido lugar con anterioridad en Montevideo, organizado por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, al cual concurrió como becario por Venezuela el Dr. Rogelio Decanio, Secretario Seccional del Consejo Venezolano del Niño en el Estado Aragua, quien fué escogido para asistir a dicho Seminario por ser uno de los funcionarios más antiguos al servicio del Consejo Venezolano.

Programa del Seminario

El Programa del Seminario fué elaborado por el Delegado Técnico por Venezuela ante el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, Dr. Ernesto Vizcarrondo, y por el Dr. Decanio, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Consejo Venezolano del Niño.

Las bases sobre las cuales se hizo el programa fueron las de intentar que el Seminario fuese lo más práctico posible, y, por consiguiente, las visitas con explicaciones a las diversas Instituciones formaron parte muy especial del Seminario, al mismo tiempo que se contemplaron ampliamente los distintos aspectos de la protección al niño, tanto en lo referente a los problemas de salud pública, así como a los aspectos social y jurídico, teniendo, desde luego, como guía el temario desarrollado en Montevideo, aunque con ciertas modificaciones impuestas por nuestra peculiar organización sanitario-social.

Se quiso que todas las instituciones que poseemos, tanto oficiales como privadas, tuviesen la oportunidad de mostrar los esfuerzos que vienen realizando a favor del niño venezolano.

La participación de técnicos del Interior del país, fué otro de los puntos contemplados en el programa. Dichos técnicos pudieron explicar ellos mismos las Instituciones que visitamos en los Estados Miranda, Aragua y Carabobo.

Como una demostración de la importancia dada a las visitas a Instituciones, consignamos que fueron visitadas 41 Instituciones de Protección a la Infancia, tanto oficiales como privadas y 17 departa-

CRONICAS Y NOTAS

mentos oficiales dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Consejo Venezolano del Niño.

Dirección del Seminario

La Dirección General del Seminario estuvo a cargo del Dr. Ernesto Vizcarrondo, actuando como Director Técnico el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Secretario y Jefe del Departamento de Salud del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, quien presidió el brillante equipo enviado por dicho Instituto, que estuvo formado además por el Dr. José Pedro Achard, Ex-Juez de Menores de Montevideo y por la Srta. Adela Freire Muñoz, trabajadora social al servicio del Consejo del Niño del Uruguay.

Colaboradores del Seminario

Además del Director General y del grupo de técnicos enviados por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, prestaron valiosa colaboración 40 funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 30 funcionarios del Consejo Venezolano del Niño y dos Jueces de Menores. Ello pone de manifiesto el entusiasmo que despertó el Seminario entre nosotros, ya que todos ellos cumplieron estrictamente con sus atribuciones, lo que permitió que el programa fuese desarrollado a cabalidad. Es de justicia señalar la cooperación prestada por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y por las Direcciones de Salud Pública y de Gabinete del mencionado Despacho, así como por el Sr. Presidente y Junta Directiva del Consejo Venezolano del Niño y los dirigentes de las Instituciones de índole privada.

Asistentes al Seminario

Fueron inscritos 83 asistentes, siendo la mayoría de ellos técnicos en problemas de la infancia. De ese total se adjudicaron diplomas de asistencia regular a 41 personas.

Importancia del Seminario

El interés que para la Nación tuvo el Seminario, se puso de manifiesto en la prensa del país, que estuvo atenta a todas las incidencias del Seminario.

Dió lugar a un intercambio de ideas muy útil entre el equipo de técnicos del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y los técnicos venezolanos, y aún entre éstos últimos, pues dió oportunidad a que cada quien enseñase su labor y así los técni-

CRONICAS Y NOTAS

cos en asuntos sociales o jurídicos pudieron conocer la organización sanitaria y los técnicos sanitarios, a su vez, oyeron las exposiciones de carácter social o jurídico.

Diplomas otorgados

Al terminar las labores del Seminario, los directores del mismo (Dres. Escardó y Vizcarrondo), resolvieron otorgar Diplomas a los asistentes regulares y a los colaboradores, lo cual tuvo lugar en la Sesión de Clausura. Creemos que esta resolución de dar Diplomas fué acogida por los interesados con demostraciones de reconocimiento para los Directores del Seminario. De esa manera, fueron entregados 41 diplomas de asistencia regular y 113 diplomas de colaboración a todas aquellas personas que en una forma u otra prestaron su colaboración al Seminario.

Observaciones deducidas del Seminario

El Seminario realizado en Venezuela nos permitió a los venezolanos hacer un balance de lo que hemos realizado y de los proyectos futuros en materia de asistencia al niño. Hemos quedado satisfechos de la labor conjunta que hicimos y nos fué particularmente grato oír la opinión favorable de los técnicos enviados por el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, sobre la organización de la protección al niño en Venezuela.

La impresión general entre nosotros es la de que este tipo de actividades del Instituto deben continuar en el futuro y estamos especialmente interesados en tener una participación directa cada vez más estrecha en la cooperación técnica que el Instituto desarrollará en los años venideros.

Consideramos indispensable un intercambio creciente entre los países americanos y, al efecto, podrían desarrollarse cursos de adiestramiento en los cuales participasen varios países simultáneamente, yendo, por consiguiente, los beneficiarios a los países incluidos en dichos cursos. Ello permitiría discutir nuestros problemas técnicos con sano espíritu crítico, con el objeto de seleccionar los procedimientos más adecuados que deban ser puestos en práctica en materia de protección a la infancia.

Finalmente es de toda justicia reconocer que el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia se ha anotado un triunfo más entre los muchos que ha obtenido en su fructífera existencia, al organizar estos Seminarios que forman parte del plan 32 de la Organización de los Estados Americanos, y se ha hecho acree-

CRONICAS Y NOTAS

dor al reconocimiento de los países que participaron en las actividades desarrolladas durante el año de 1952.

Caracas, Febrero de 1953.

Dr. Ernesto Vizcarrondo.

*Delegado Técnico por Venezuela ante
el Instituto Internacional Americano de
Protección a la Infancia.*

PROGRAMA

del Seminario de Trabajo sobre Protección a la Infancia, que se realizó en Venezuela del 1° al 20 de Septiembre de 1952, en colaboración con el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Consejo Venezolano del Niño:

Lunes 1° de Septiembre.

Reunión del equipo técnico y discusión del programa de trabajo.

Martes 2 de Septiembre.

- 1) 9 a. m. — Sesión inaugural.
- 2) Exposición sobre la Organización y Funcionamiento del Consejo Venezolano del Niño.
- 3) Exposición sobre Organización y Funcionamiento de las Divisiones Técnicas del Consejo Venezolano del Niño.
- 3 a 6 p. m. — Visitas al Internado "Padre Machado" y a la Escuela de Sordos (Los Chorros).

Miércoles 3 de Septiembre.

- 9 a. m. — Exposición sobre Legislación y Trabajo de Menores (Estatuto de Menores).
- 3 a 6 p. m. — Visitas a Tribunales de Menores, Consultorías Jurídicas y Procuradurías de Menores.

Jueves 4 de Septiembre.

- 9 a. m. — Exposición sobre el Servicio Social del Consejo Venezolano del Niño y Visita a la División de Servicio Social.
- 3 a 6 p. m. — Visitas a:
 - 1) División de Servicio Social del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
 - 2) Casa-Cuna y Jardín de Infancia "Artigas".
 - 3) Jardín de Infancia "Luis Morquio".

CRONICAS Y NOTAS

Viernes 5 de Septiembre.

9 a. m. — La Educación Pre-escolar y la Educación en los Establecimientos Asistenciales.

3 a 6 p. m. — Visitas a:

- 1) Casa de Observación e Internado "Luisa Cáceres de Arismendi".
- 2) Sección de Egresos.
- 3) Escuela de Servicio Social del S. A. S.

Lunes 8 de Septiembre.

10 a. m. — Visita e información técnica sobre la estructura del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Dirección de Salud Pública.

3 a 6 p. m. — Exposición sobre la División Materno-Infantil y visita al Instituto de Puericultura.

Martes 9 de Septiembre.

9 a. m. — Visitas al Hospital de Niños, Servicio de Pediatría del Hospital del Seguro Social y Servicio de Prematuros del Instituto "Simón Rodríguez".

3 a 6 p. m. — Visita al Centro Materno Infantil de Tiro al Blanco y al Centro de Salud de El Valle.

Miércoles 10 de Septiembre.

9 a. m. — Exposición sobre la Higiene Escolar en Venezuela y visita a la División de Higiene Escolar, a un Centro de Higiene Escolar y a un Comedor Escolar.

3 a 6 p. m. — Visita al Instituto de Nutrición, Comedor Popular de Plaza de España y Escuela de Dietistas.

Jueves 11 de Septiembre.

9 a. m. — Profilaxia y tratamiento de la tuberculosis en el niño y visita al Sanatorio Antituberculoso Infantil (a cargo de la División de Tuberculosis).

3 a 6 p. m. — Visita a la División de Epidemiología y Estadística Vital y Exposición sobre la profilaxia de las enfermedades infectocontagiosas. Visita a la División de Educación Sanitaria.

Viernes 12 de Septiembre.

9 a. m. — Visita al Instituto de Hospitales y a la División de Sanidad Rural.

CRONICAS Y NOTAS

3 a 6 p. m. — Visitas a las siguientes Instituciones:

- 1) Casa Prenatal "María Teresa del Toro".
- 2) Casa Post-Natal.
- 3) Maternidad "Concepción Palacios".

Lunes 15 de Septiembre.

9 a 12 m. — Visitas a las siguientes Instituciones:

- 1) Escuela Municipal de Enfermeras.
- 2) Hospital Ortopédico Infantil.
- 3) Jardín de Infancia "Luisa Goiticoa".
- 4) Clínica Hospital "Guadalupe".

2,30 a 6 p. m. — Visitas a:

- 1) Escuela Técnica Industrial.
- 2) Talleres del Colegio Salesiano.

Martes 16 de Septiembre.

(Mañana y Tarde). — Visitas al Instituto de Pre-Orientación, Unidad Sanitaria, Colonia Escolar y Casa de Observación de Los Teques. Visita al Internado "Julio Casañas" de San Pedro de Los Altos.

Miércoles 17 de Septiembre.

Visita a la Región Sanitaria del Estado Aragua, División de Malariología, Instituciones del Consejo Venezolano del Niño, Escuela Rural El Mácaro, Internado La Victoria e Internado Padre Leyh.

Jueves 18 de Septiembre.

Visita al Internado de Tacarigua, al Centro de Salud de Güigüe, a la Seccional del Consejo Venezolano del Niño en el Estado Carabobo, al Hospital de Niños de Valencia y a la Granja Salesiana.

Sábado 20 de Septiembre.

Sesión de Clausura.

Director Ejecutivo: Profesor Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Ernesto Vizcarrondo.

CRONICAS Y NOTAS

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA - FILIAL MAR DEL PLATA - IV JORNADAS ARGENTINAS DE PEDIATRIA

SEDE: H. Irigoyen, 1569 — MAR DEL PLATA

Días 26, 27 y 28 de Marzo de 1953.

PROGRAMA CIENTIFICO PROVISORIO

TEMA CENTRAL:

HEMOPATIAS EN LA INFANCIA

Relatos:

A) ANEMIAS: A cargo de la Sociedad de Pediatría de Buenos Aires.
Relatores: Prof. Dr. Raúl Maggi. — Dr. Emilio Gutiérrez. — Dr. Luis María Cucullu. — Dr. Ignacio Díaz Bobillo. — Dr. Benjamín Paz.

B) SINDROMES HEMORRAGIPAROS: A cargo de la Sociedad de Pediatría de Eva Perón.

Relatores: Prof. Dr. Julio Roselli. — Dr. Carlos Blanco. — Dr. Julio Mazza. — Dr. Guillermo Lozano. — Dr. Vicente Climens.

C) LEUCOSIS: A cargo de la Sociedad de Pediatría de Rosario.
Relatores: Dr. Sol Rabassa y colaboradores.

D) HEMOTERAPIA: A cargo de la Sociedad de Pediatría de Córdoba.

Relatores: Prof. Dr. José María Valdés. — Dr. Linares Garzón. — Dr. Víctor Novotny. — Dr. Gerardo Maristany.

Correlatos:

LINFOGRANULOMATOSIS EN EL NIÑO: A cargo de la Sociedad de Pediatría de Mendoza.
Dr. Humberto Notti y colaboradores.

CONSIDERACIONES sobre los casos de HEMOPATIAS en el Servicio de Niños del Hospital Mar del Plata.

Dr. Mariano Palá. — Dra. Beatriz Boldrini. — Dr. Guillermo Robillard. — Dr. Abraham Rubinstein.

TEMAS RECOMENDADOS

Sociedad Argentina de Pediatría de Buenos Aires.

A) MUCOVISCOSIDOSIS: Dres. Prof. Juan P. Garrahan. — Agustín Giussani. — Lea Rivelis.

CRONICAS Y NOTAS

- B) **EL CATETERISMO CARDIACO** en el diagnóstico de las Cardiopatías en el Niño: Dres. Rodolfo Kreutzer. — Juan A. Caprile. — Angel D. González Parente. — Gustavo G. Berri.

Sociedad Argentina de Pediatría (Sección Rosario).

POLIOMIELITIS en la Ciudad de Rosario. — Su estudio clínico y terapéutico del brote epidémico estacional ocurrido en el año 1951. — Dres. Angel Invaldi. — Enrique Razzeta. — Félix Marín. — Roberto Esmendi.

Sociedad Argentina de Pediatría (F. Córdoba).

- A) **ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL NIÑO**: Dres. Carlos Pian-toni. — Angel Segura. — Gerardo Maristany. — Carlos Betinotti.
B) **ENCEFALITIS**: Dres. Prof. José María Valdés. — Carlos Pian-toni. — Oliva Funes.

MESAS REDONDAS

Sociedad Argentina de Pediatría de Buenos Aires.

CRECIMIENTO: Presidente, Prof. Dr. Bernardo Houssay.

- a) Fisiología del crecimiento: Dr. Virgilio Foglia.
- b) Crecimiento y nutrición: Dr. Pedro Landaburo.
- c) Crecimiento y glándulas de secreción: Dr. Martín Cullen.

EQUILIBRIO ACIDO-BASICO: Dres. Alfredo Languía y Felipe González Alvarez.

EL VOMITO EN EL LACTANTE, como síntoma en CLINICA QUIRURGICA: Dres. Ricardo Detchesarry. — José Rivarola. — José Pelliza. — Oscar Turró. — Sofio Calisti.

Sociedad Argentina de Pediatría "Fundación Eva Perón".

MORTALIDAD PERINATAL: Causas y medios para reducirla: Doc-tores Prof. Delio Aguilar Giraldes. — Noel H. Sbarra. — Julio Mazza.

Sociedad Argentina de Pediatría (F. Santa Fé).

ACTUALIZACION de normas para las Vacunaciones e Inmunizacio-nes Activas: Dres. Francisco J. Menchaca. — Carlos Urquijo. — J. Leunda (de Montevideo).

CRONICAS Y NOTAS

Sociedad Argentina de Pediatría (S. Rosario).

EL PROBLEMA DE LAS AMIGDALITIS EN LA INFANCIA:

Presidente: Prof. Dr. Juan Recalde Cuestas.

Colaboradores: Dr. José Amerisso y Sol Rabassa.

Sociedad Argentina de Pediatría (F. Mar del Plata).

ASMA: Presidente, Prof. Dr. Florencio Escardó, colaboradores.

ENDOSCOPIA: Dres. B. Cantlon. — S. Arauz.

ANATOMIA PATOLOGICA: Dr. O. Croxatto.

FISIODIAGNOSTICO: Dr. M. Turner.

NEUROPSIQUIATRIA: Prof. Dr. J. Marcos (de Montevideo).

PSICOTERAPIA: Dres. N. Cohen. — A. Campo.

MEDICINA PSICOSOMATICA: Eneuresis: Organizadores: Dres. Profesores Florencio Escardó y Telma Reca:

- a) El aspecto somático y el psíquico.
- b) Valoración de los antecedentes en la anamnesis.
- c) Etiopatogenia y dinámica del síntoma.
- d) Terapia y resultados.

IX CONGRESO ESPAÑOL DE PEDIATRIA

El próximo Congreso Español de Pediatría, que será el IX, tendrá lugar en Santiago de Compostela (España) en 1954.

Ha sido elegido Presidente del Congreso, el Prof. Dr. Manuel Suárez, Catedrático de Pediatría.

CARENCIA DE CUIDADOS MATERNOS Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DEL NIÑO

Tomado de "COURRIER"

Durante los últimos años, algunos investigadores han realizado interesantes estudios sobre los procesos psicológicos en los niños de corta edad, desencadenados por la separación de la madre.

Se ha comprobado que la carencia de cuidados maternos, y la vida en colectividad en Instituciones, tienen en el niño efectos inmediatos y remotos sobre su salud mental y el desarrollo de su personalidad.

Estudios retrospectivos de sucesos ocurridos en la más tierna infancia, permiten explicar trastornos de conducta graves y delincuencia en jóvenes adolescentes. Spits, en los Estados Unidos, ha estudiado anomalías psíquicas y fisiológicas presentadas por los niños durante el primer año de vida, y cuya causa es la ausencia de ambiente familiar.

Los Dres. J. Roudinesco y J. Bowlby, han llevado a cabo investigaciones paralelas sobre los efectos de tal separación. Sus primeros resultados han colocado en evidencia la importancia médica y social de estas investigaciones. Los ya nombrados doctores, por no contar con los medios económicos suficientes para proseguir sus estudios, expusieron su situación al Centro Internacional de la Infancia, y requirieron su ayuda.

Con el fin primordial de mejorar el cuidado de los niños en casos de separación inevitable, y de prevenir dicha separación cuando no sea estrictamente necesaria, el Centro Internacional de la Infancia, ha dado su apoyo al grupo Británico y Francés, pilotado por los mencionados Dres. Roudinesco y Bowlby.

Aunque estos grupos, Británico y Francés, han trabajado en diferentes países, con diferentes culturas, diferentes costumbres y distintos idiomas, han encontrado que los niños estudiados muestran similares necesidades y sus reacciones son similares cuando no se les satisfacen dichas necesidades. Una vez más,

PROBLEMAS SOCIALES

han comprobado los investigadores que *los niños son universalmente niños*.

La Dra. Roudinesco, ha descrito el estado actual de las investigaciones del equipo Francés, refiriéndose especialmente a la observación de los fenómenos ligados a la privación de los cuidados maternos. Las diarreas y su origen psicógeno en los niños que viven en las Instituciones, es uno de los motivos principales de estas investigaciones. No se puede establecer todavía si la diarrea es el resultado directo de la sensación de angustia, o se debe a la disminución de resistencia, consecuencia de la situación en que vive el niño. Los exámenes bacteriológicos y la comparación entre niños de la misma edad, que viven en condiciones afectivas diferentes, serán las bases sobre las que se pueda llegar a algunas conclusiones.

De igual modo, el equipo Británico presentó los resultados de estudios hechos en un Sanatorio, habiéndose constatado una serie de trastornos en los niños que viven hospitalizados en ese centro.

Parece ser que ni la edad de la separación, ni la duración de la misma, ni la gravedad de la enfermedad, tienen relación con el grado de inadaptación. El factor cuya acción parece determinante, es la calidad de las relaciones en el seno de la familia.

La primera reunión se ha verificado en París, en diciembre de 1950, y la tercera y última, hasta el presente, en mayo de 1952. Los puntos más importantes tratados en dichas reuniones son los siguientes:

- 1) Establecer una correlación entre los dos grupos investigadores, el uno en Londres y el otro en París.
- 2) Facilitar la creación de grupos investigadores similares en otros países, siguiendo los mismos principios.
- 3) Publicar y hacer conocer a las autoridades nacionales e internacionales competentes, y al público en general, el resultado de estos estudios.

Las conclusiones prácticas más importantes del trabajo llevado a cabo hasta el presente han sido las siguientes:

- 1) Precisar las necesidades afectivas mínimas indispensables a cada niño, las cuales deben ser satisfechas si se quiere evitar graves secuelas ulteriores.

PROBLEMAS SOCIALES

2) Recopilar descripciones clínicas de los síntomas de separación que aún son muy poco conocidas, tanto por los médicos como por las enfermeras.

3) La urgencia de convencer a los organismos administrativos de la necesidad de una reorganización de las Instituciones para niños; igualmente, de la necesidad de preparar el personal de enfermeras que se ocupa profesionalmente de los niños.

El Servicio Social desempeña un papel preponderante, y solamente su escasez limita la importancia y las actividades del mismo. El trabajo social individual permitiría evitar las separaciones, propendería a la reconstrucción de las familias, no haciendo internamientos sino cuando la separación sea considerada como imprescindible. Estos razonamientos traerían la aplicación de nuevos métodos de Trabajo Social, y como consecuencia de ello, la formación de Trabajadoras Sociales y Enfermeras especializadas, resultando todo esto en una notable mejoría en la suerte de los niños, y a la larga una importante reducción de gastos.

Este estudio se ha calculado que tendrá una duración de tres años, y hasta el presente, los trabajos terminados han sido publicados en "Courrier", órgano del Centro Internacional de la Infancia, en francés e inglés. Las traducciones de dichos artículos se encuentran en la Biblioteca del Consejo Venezolano del Niño, y pueden ser solicitadas por las personas interesadas en estos problemas.

EL NIÑO NEGRO AMERICANO ANTE LA DISCRIMINACION RACIAL

(*"L'Enfance"* — L. Brams.)

Los diversos aspectos del prejuicio racial, tanto en las costumbres como en las leyes, han sido objeto de numerosos estudios. A pesar de numerosos esfuerzos realizados durante los últimos años por mejorar las condiciones de los negros, señaladas por el autor, es indudable que la condición económica de los negros es inferior a la de los blancos, ya que tienen dificultad para encontrar buenos empleos y que la tradición cultural, las costumbres y las leyes los separan y aíslan de la colectividad en

PROBLEMAS SOCIALES

el medio americano. Estas limitaciones, que se oponen al libre desarrollo económico, social y cultural del niño, repercuten sobre su desarrollo físico e intelectual.

Numerosos investigadores se han preocupado por esclarecer si existe un factor hereditario que explique algunas diferencias de orden intelectual que se constata entre los grupos humanos, y se ha demostrado por estudios realizados en grupos de adultos y niños negros, que vivían en condiciones económicas y educativas lamentables, que éstos obtenían puntuación inferior que aquellos cuyas condiciones de vida eran superadas. De igual modo se demostró que cuando el medio es igual, los niños negros y blancos obtienen una puntuación sensiblemente igual.

Mientras más se acercan las condiciones del medio para los dos grupos raciales más se reduce la diferencia entre uno y otro. Por consiguiente, es el prejuicio racial lo que ha hecho que la posibilidad del desarrollo del niño negro sea inferior a la del niño blanco. El prejuicio racial ejerce influencias terribles desde el punto de vista psicológico, por esto se ha comprendido que no es suficiente consagrar obras a la descripción del prejuicio racial y sus consecuencias, sino que hay que encontrar un remedio efectivo a lo que Myrdal llama "el escándalo más grande de América".

La mayor parte de los autores opinan que un proceso de educación lento y gradual resolvería este problema. El autor describe algunas experiencias relacionadas en este sentido por medio de cursos, conferencias, contactos personales, films realizados en Hollywood, y termina con unas medidas resumidas por Rose en un libro editado por la UNESCO, que podrían adoptarse en la lucha contra el prejuicio racial. Algunas de ellas son:

- 1) Hacer comprender a las gentes que alimentan prejuicios que esto tiene para ellos consecuencias nefastas, financiera y psicológicamente. Que las ventajas aparentes de esos prejuicios son temporarias e ilusorias y les hacen perder otras ventajas más satisfactorias y duraderas. Debe demostrárseles que sus prejuicios son explotados a sus propias expensas.

- 2) Difundir datos exactos a fin de que se tenga un mejor conocimiento del grupo afectado por el prejuicio.

- 3) Hacer conocer las causas de la diferencia existente entre el grupo minoritario y el grupo dominante.

PROBLEMAS SOCIALES

4) Que se tomen medidas legislativas contra la discriminación. Esto hará disminuir el prejuicio y suprimirá algunas de sus peores consecuencias.

5) Eliminar causas de descontento que crean una tendencia psicológica favorable al prejuicio. Es muy importante la seguridad económica.

El problema negro no se solucionará mientras no se remonte a las condiciones sociales y a la evolución histórica que lo han creado.

Decía el Presidente del Sindicato C. I. O.: "Las desigualdades en nuestro sistema económico no son el producto de prejuicios individuales, son simplemente los sub-productos."

TERAPIA OCUPACIONAL PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS

Por *Mrs. Anne Turchi*

(Tomado del "COURRIER", N° 10. - Oct. 1951.)

En los últimos años, la Medicina ha estado dando más y más énfasis a la "rehabilitación total" de los pacientes, tratando de desarrollar los valores sociales, individuales y la potencialidad vocacional del individuo.

Los pediatras también han comprendido el gran interés que estas nuevas ideas encierran, en relación con el niño. Pero esta rehabilitación requiere el concurso de la Psicología, Sociología y Artes. La integración de este equipo compenetrado del papel propio que a cada uno corresponde. Este grupo, llamado "equipo de rehabilitación", debe estar formado por: el médico, la enfermera, el psicólogo, la trabajadora social, el terapeuta ocupacional, físico y de lenguaje.

A causa de que los métodos usados en la Terapia Ocupacional se apartan mucho de la Medicina pura, a menudo son poco tomados en cuenta por los médicos, sin dársele su verdadera importancia como medio de tratamiento. Además, frecuentemente se confunden estos métodos con los Fisio-terapéuticos.

La Terapia Ocupacional puede ser descrita como un método terapéutico prescrito por un médico, y por el cual su paciente

PROBLEMAS SOCIALES

contribuye a su propia mejoría dedicándose a cualquier medio de recreo, arte, música o verdadero trabajo, apartando así su mente de su enfermedad real o imaginaria.

Este método puede ser prescrito por diversas causas:

1) Restauración específica de la función de los músculos o articulaciones, como en casos de fracturas, quemaduras, amputaciones y parálisis.

2) Desarrollo de la fortaleza física general, y tolerancia hacia el trabajo, como en casos de tuberculosis, enfermedades del corazón, artritis y reumatismo.

3) Reajuste emocional.

4) Ayuda para el diagnóstico en varias clases de trastornos mentales.

El ejercicio de músculos y articulaciones es obtenido haciendo que el paciente use las partes incapacitadas en alguna actividad constructiva. En tanto que en la Fisioterapia, la luz, el calor, el agua, electricidad, masajes y ejercicios son usados activa o pasivamente.

El terapeuta debe conocer un extenso número de diferentes actividades, y ser capaz de evaluar la iniciativa para cada actividad; la naturaleza y extensión de la coordinación mental y motora; los elementos de fatiga y la adaptación del equipo a las necesidades físicas del paciente.

No fué sino después de la primera guerra mundial que los hospitales militares dieron todo su valor intrínseco a la Terapia Ocupacional, para acelerar y acortar el período de convalecencia de los soldados, así como para la rehabilitación de los inválidos. Desde entonces se han hecho intensos estudios sobre el asunto, y hoy día, en el Canadá y los Estados Unidos, se hacen estudios y se dan grados universitarios sobre Terapia Ocupacional, lo que es seguido por un internado de 12 meses de duración en varios tipos de hospitales.

Gradualmente va creciendo la importancia de esta Terapia, conocida desde hace varios siglos; el número de hospitales que la emplean es extenso, entre ellos encontramos: Hospitales generales, de adultos, militares, mentales, quirúrgicos, ortopédicos, de niños y, especialmente, de Veteranos de guerra, de ciegos, sanatorios anti-tuberculosos, colonias de leprosos e instituciones para ancianos.

PROBLEMAS SOCIALES

Avanzados países, como Dinamarca, Suecia, Noruega, Austria, Alemania, Francia, Suiza, Yugoslavia e Italia, han desarrollado amplios programas al respecto.

La Terapia Ocupacional en los Hospitales para Niños tiene las mismas características que en los de adultos, además de ciertas particularidades que se ajustan a las características infantiles. Las dividimos en cinco categorías:

- 1) Para ayudar a la adaptación del niño al ambiente hospitalario.
- 2) Para la función terapéutica específica.
- 3) Para aumentar la comprensión de los padres sobre las necesidades del niño.
- 4) Para prevenir o mitigar los factores psicológicos desfavorables desencadenados por una larga enfermedad o convalecencia.
- 5) Para ayuda psiquiátrica en diagnóstico y tratamiento.

La influencia desfavorable que el ambiente hospitalario ejerce sobre la mente infantil, es mundialmente reconocida por pediatras, así como por los psiquiatras. También se ha reconocido la responsabilidad del hospital mismo, y toda clase de esfuerzos debe hacerse para ayudar al niño a adaptarse a su nueva situación, lejos de su hogar y sus padres. La Terapeuta Ocupacional es de gran ayuda en esta situación, pues intenta "deshospitalizar" la atmósfera hospitalaria. Ella organizará actividades sociales, corales, juegos y reuniones teatrales. La Terapeuta interroga a los padres del niño al ser éste admitido, teniendo así una oportunidad de conocer los hábitos, idiosincrasias, preferencias y habilidades del niño, y poderlo ayudar mejor en sus necesidades.

Es imposible en este artículo enumerar todas las posibilidades de la Terapia Ocupacional, sólo diremos que se hace cada día más evidente su necesidad en los Hospitales modernos. Es imprescindible para aquellos enfermitos que se enfrenten con un largo período de convalecencia, y la posibilidad de una permanente invalidez. Mantener su buen espíritu, y hallar un sustituto para sus actividades normales son de la mayor importancia.

También es de gran ayuda la Terapeuta Ocupacional en las Consultas Externas, ilustrando a los padres en la forma de

PROBLEMAS SOCIALES

mantener constructivamente ocupados a los niños enfermos que permanecen en sus casas, apartando sus mentes de la enfermedad que les aqueja, y estimulando su interés para mejorar su estado físico.

La evaluación del estado emotivo de un niño por el psiquiatra, puede ser intensamente ilustrado por la Terapeuta con sus observaciones sobre sus reacciones hacia otros niños, sus hábitos de juego y otros detalles importantes de su personalidad.

Debido a que la aplicación de la Terapia Ocupacional en Pediatría es reciente, sus potencialidades no han sido todavía bien exploradas, pero se está llevando a cabo una intensa investigación al respecto.

No se debe creer que un programa de Terapia Ocupacional en Pediatría está fuera del alcance de cualquier hospital. Arreglar un departamento de Terapia Ocupacional en un Hospital de Niños, no cuesta gran cantidad de dinero, al contrario, a menudo sólo implica utilizar y coordinar mejor los materiales de que todo Hospital de Niños dispone. El problema más difícil estriba en hallar o entrenar el personal especializado para llevar a cabo el trabajo.

LA ARQUITECTURA Y EL NIÑO

Por *P. N. Djelepy*

(Tomado de "Enfance", N° 2 - Marzo-abril 1952)

El concepto moderno de la protección de la Infancia, su educación y su formación mental crean al arquitecto de hoy nuevas disciplinas en relación con el fin perseguido.

La protección de la Infancia es una ciencia médico-social, reciente y muy compleja, y delicada a la vez. Contempla el problema del niño desde su triple punto de vista:

- 1) Su SALUD, para hacer de él un ser fuerte y sano, a fin de que afronte con mejor esfuerzo las exigencias de la vida.
- 2) Su EDUCACION, por el cultivo de su espíritu, para hacer de él un ser sensible, razonable y activo.
- 3) Su FORMACION MENTAL, para hacer de él un ele-

PROBLEMAS SOCIALES

mento social y complemento necesario como individuo perteneciente a una comunidad.

Se puede decir que, hasta el presente, en sus propios hogares, el niño era olvidado por el arquitecto. Es el hogar el sitio donde el niño recibe su primer contacto con la vida; su educación y su formación social dependerán, en parte, del ambiente que cree el arquitecto, ayudando de este modo a cumplir la misión que hacia el niño todos tenemos.

Lo que se refiere al hogar, podemos aplicarlo a cualquier establecimiento destinado a la Infancia: Hospital, Escuela o Internado.

Es cierto que se han realizado meritorios esfuerzos al llevar a cabo establecimientos sanitarios o educativos destinados a la Infancia, que podrían servir de base en la aplicación de estos principios. Mas estos esfuerzos son todavía esporádicos, y más bien de carácter experimental.

Sólo en las últimas décadas, ha venido a considerarse al niño como a un ser vivo, que piensa, actúa y que dentro de sí lleva un germen social, ignorado totalmente hasta nuestros tiempos.

Los intensos esfuerzos de médicos, educadores, psicólogos, etc. que giran alrededor de la suerte del niño, corren a menudo, el riesgo de ser mal interpretados por un espíritu de independencia, a pesar de dirigirse a un fin común.

Es precisamente el nuevo papel que incumbe al arquitecto en la realización de establecimientos destinados a los niños: un papel de coordinador de esfuerzos, de diversas competencias puestas al servicio de la causa del niño, sin pretensiones de supremacía, con la única preocupación de la armonización de las energías participantes en una obra arquitectónica de equilibrio.

Así definido, el papel del arquitecto exige un profundo conocimiento de la doble naturaleza del niño: de una parte, el ser vivo, que actúa en su mundo particular, en perpetua formación; y, de otra parte, de la unidad moralmente sociable del mundo que le es destinado.

En el cumplimiento de esta tarea, el arquitecto se encontrará con dificultades que a primera vista le parecerán infranqueables, pero no debe descorazonarse. Igual que el médico y

PROBLEMAS SOCIALES

el educador, el arquitecto puede aplicar con cierta libertad sus experiencias sobre el niño, buscando la armonía entre el niño y su afán inquisidor hacia la vida. Construir pequeño, es asfixiar las aspiraciones del niño. Construir en grande es desorientarlo y desconcertarlo.

En la realización de los diferentes elementos que constituyen el edificio, debemos tratar de darle al niño la impresión de que todo le pertenece, que nada le es hostil; y que, en común con los otros niños, debe aprovecharlo todo por su propia iniciativa.

El respeto del niño por el ambiente, no debe ser impuesto mediante órdenes ni amenazas, sino consecuencia espontánea de una educación adecuada. Este ambiente debe, con sus formas, colores y objetos, llenar las aspiraciones del espíritu infantil, por su aspecto práctico y agradable.

Es necesario evitar someter la realización de las construcciones a una rigidez inmutable; cierta elasticidad, que contribuirá a su viabilidad y a su evolución hacia el porvenir, es indispensable; éste es justamente el concepto que forma parte de las nuevas necesidades, igual que del progreso de los principios arquitectónicos.

Los niños sanos o enfermos que vivirán en estos edificios, deberán encontrar en ellos un ambiente agradable y tibio, que apacigüe y reconforte, armonizando el bienestar material y psíquico, tan necesarios a la naturaleza del niño.

Además de los errores arquitectónicos, el arquitecto deberá evitar igualmente los errores psicológicos, que consisten en la creación de un ambiente, ya sea demasiado triste y austero, ya sea demasiado frío y oficial; así como evitar las construcciones monumentales que pueden producir al niño la angustiosa sensación de Agorofobia. Es necesario crear para el niño un ambiente sano, donde pueda gozar de la libertad, a fin de lograr su equilibrio mental y psíquico.

Se ha constatado que el medio arquitectónico puede inspirar a los niños deseos de conocimientos, amor al trabajo; despertar su curiosidad, desarrolla sus sentimientos de solidaridad y ayuda mutua; les inculca una noción consciente de sus deberes cívicos; todo esto creado por el arquitecto, al hallar el

PROBLEMAS SOCIALES

ambiente adecuado para estos seres del porvenir que son los niños.

Desde el punto de vista pedagógico, es conveniente que el arquitecto use materiales de construcción corrientes, evitando los materiales lujosos, pretenciosos, con frecuencia onerosos; usando, en cambio, preferentemente los materiales del país, que tienen, además de la importancia económica, la posibilidad de contribuir a ampliar las nociones de geografía y física de su país.

Termina el autor afirmando que para aplicar el espíritu de perfecta colaboración de pedagogos y arquitectos en una voluntad de esfuerzos comunes al servicio de la protección y formación del niño, desde el hogar más modesto, hasta el establecimiento sanitario o educativo más completo, se necesita que la sociedad de hombres, en el mundo entero, reconozca la prioridad absoluta de la causa del niño en un mundo laborioso, apacible y justo.

LIBROS

Tratado de Pediatría. Dirigido por los Prof. G. FANCONI y A. WALLGREN. Primera Edición Española de la Segunda Suiza. pp. 1.014, con 539 figuras en negro y colores. Ediciones Morata. Madrid, 1953.

Desde su primera edición en 1950, el *LEHRBUCH DER PEDIATRIE* ha despertado considerable interés entre los pediatras. Su gran aceptación ha quedado evidenciada por la aparición de una nueva edición en 1952 y las versiones inglesa y española en 1952 y 1953, respectivamente.

Dirigido por los renombrados profesores G. FANCONI, del Kinderspital de Zurich, y A. WALLGREN, de Estocolmo, la obra reúne el pensamiento pediátrico europeo a través de dieciocho colaboradores de conocido renombre en el mundo pediátrico.

La presentación es impecable. La iconografía es de lo más completo que hemos visto; especialmente claras y demostrativas son las láminas en colores de afecciones diversas. La mayoría de las fotografías provienen de la colección del Kinderspital de Zurich, quizá una de las más completas en existencia.

No cabe duda de que el *Tratado de Pediatría* tiene derecho a ocupar un puesto entre los clásicos de la pediatría moderna. Sin embargo, no podemos pasar por alto algunas críticas que nos ha sugerido su lectura y que no creemos detractan de la excelencia general de la obra.

Los capítulos sobre alimentación del niño sano y trastornos de la alimentación del lactante, encierran conceptos a nuestro parecer demasiado conservadores, por no decir anticuados. Su autor, el Profesor FREUDENBERG, recomienda la alimentación artificial con leche de vaca diluida de por mitad (1.7 % de albúmina), complementada con 2 % de mucilago y 5 % de azúcar, durante los cinco primeros meses.

Hay ciertos párrafos cuyo significado es oscuro para nosotros, quizá por dificultades en la traducción, como el que transcribimos a continuación: (p. 138), "Algunos pediatras prefieren en las colitis, la sopa de malta. Los resultados en lactantes de más edad no

son peores que otros; pero la sopa de malta en los tres primeros meses de la vida está estrictamente contraindicada, pues en esta edad puede conducir con facilidad a diarreas de fermentación aparatosas, e incluso a toxicosis."

Llama la atención en un tratado de esta categoría la frecuencia con que se citan y recomiendan especialidades farmacéuticas o dietéticas de patente comercial, sin mencionar en muchas ocasiones el nombre genérico o la composición real de la substancia.

En el capítulo XIX, por el Dr. R. COLLINS, de Dublín, leemos que la enfermedad de Hodgkin "es una más bien rara enfermedad infecciosa"... "la etiología es desconocida"...

En el capítulo de meningitis no se menciona la meningitis por *H. influenzae*, a menos que se entienda por ello una llamada "meningitis gripal" a la que se dedican 10 líneas en el texto.

La sección de enfermedades infantiles de los países cálidos es completamente inadecuada por el reducido espacio que se le dedica a cada una de las entidades nosológicas que se pretende incluir, con excepción quizá del paludismo. Dicha sección, a lo más, serviría para dar al médico europeo una idea nebulosa de la patología tropical, y está desprovista de interés para el pediatra que ejerce en la zona tórrida.

La obra, en general, es muy completa y didáctica. Especialmente informativos son el capítulo IV: Psicología del niño sano y enfermo, por el Prof. E. GLANZMANN; la Patología del Metabolismo, por los Profesores G. FANCONI, S. VAN GREVELD y C. E. RAIHA, y el capítulo de Tuberculosis, escrito por el Profesor A. WALLGREN.

No podía llamarse completa una biblioteca de Pediatría que no cuente con esta valiosa obra de estudio y consulta.

G. T. E.

"Patología del vómito en el Primer Cuatrimestre de la Vida". Contribución a su estudio clínicoquirúrgico, por los Doctores OSCAR R. TURRO y MARCOS R. LLAMBIAS. — Buenos Aires, 1952.

Con el título de "Patología del Vómito en el Primer Cuatrimestre de la Vida", hemos recibido una monografía muy interesante, escrita por los Dres. OSCAR R. TURRO y MARCOS R. LLAMBIAS, y en la cual los referidos colegas argentinos hacen un análisis clínico muy cuidadoso de este problema. Precedido de un planteamiento del tema, describen este síntoma, ya debido a defectos de tipo congénito o como vómito síntoma de enfermedad. La casuística es rica y muy bien estudiada, tanto en su aspecto médico como quirúrgico. En resumen, se trata de un libro útil, tanto para médicos como para cirujanos y tal vez como conclusión constructiva, podamos señalar después de su lectura que el vómito, síntoma banal en los niños, amerita una interpretación más cuidadosa.

P. O.

REVISTA DE REVISTAS

RESUMENES CLASIFICADOS DE ARTICULOS DE INTERES PEDIATRICO

I. — RECIEN NACIDO. PREMATURIDAD. MALFORMACIONES CONGENITAS

	Pág.
Estudios de coagulación en recién nacidos normales	437
La acción del desoxicorticosterone en el prematuro y débil congénito	437
Leucemia mieloblástica aguda en un recién nacido	437
Parálisis unilateral del diafragma en el recién nacido, debida a lesión del frénico, asociada o no a parálisis braquial	438
Corticotropin (ACTH) en el tratamiento de la fibroplasia retrolental	438
Efectos del virus de la rubeola sobre el embrión humano	438

II. — ALIMENTACION. NUTRICION. METABOLISMO

Metabolismo del agua en la intoxicación hídrica	439
Trastornos del metabolismo glicogenado	439
Calidad nutritiva de la leche modificada por el calor para reducir reacciones alérgicas	440
Alergia gastrointestinal del lactante	441
Acerca de la intolerancia a las grasas en el lactante	442
Enzimas pancreáticas en el contenido duodenal de niños con Kwashiorkor	443

III. — DIARREAS Y ENTERITIS

Tratamiento de la dispepsia grave y la toxicosis del lactante por los antibióticos	443
Deficiencia de potasio en las enterocolitis de la infancia	444

IV. — ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Tratamiento de meningitis a Hemophilus influenzae	444
Síndrome de Waterhouse-Friderichsen tratado con cortisona	445

	Pág.
La otoantritis del lactante distrófico	445
Consideraciones sobre el comportamiento de las aglutininas antitíficas frente al cloramfenicol	445
Corticotropin (ACTH) en el tratamiento de laringotraqueítis aguda	445

V. — ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS

Epidemia de tuberculosis en un Liceo	446
Evaluación del valor protector de la vacuna BCG	446
El uso de la vacuna BCG en una nueva prueba diagnóstica para la tuberculosis	447
Ocho meses de experiencia en el tratamiento de la meningitis TBC y de la tuberculosis pulmonar primaria con la hidrazida del ácido isonicotínico	447
Lesiones rectales de linfogranuloma venéreo en niños	448
Investigación de la sensibilidad cutánea a la histoplasmina en Venezuela	448

VI. — PARASITOSIS. PROTOZOOSIS. ENFERMEDADES TROPICALES

Neomicina en el tratamiento de la amibiasis humana	449
La Dietilcarbamazina (Hetrazan) en el tratamiento de la parasitosis intestinal	449
Relato de dos casos agudos de enfermedad de Chagas, uno mortal, en Montes Claros, Minas Gerais	449

VII. — SANGRE. SISTEMA HEMATOPOYETICO

El cuadro de la granulocitopenia crónica en niños	450
---	-----

VIII. — APARATO RESPIRATORIO

Neumonía lipóidica en niños	450
---------------------------------------	-----

IX. — CORAZON Y VASOS

Hipertensión en niños: una revista de conjunto	451
Efecto de los esteroides y de la ACTH aplicados en el niño sobre la circulación	452
Taquicardia paroxística en lactantes y niños. Estudio de 41 casos	452

X. — APARATO DIGESTIVO

Tratamiento de colitis ulcerativa con corticotropin (ACTH) y cortisona	453
Operación fisiológica para el tratamiento del megacolon congénito idiopático (enfermedad de Hirshsprung)	453

XI. — ENFERMEDADES RENALES

Corticotrofina (ACTH) y Propionato de Testosterona en el tratamiento del síndrome nefrótico	453
---	-----

XII. — NEUROLOGIA. PSICOLOGIA. PSIQUIATRIA

La Roentgenterapia en el tratamiento del hidrocéfalo	454
Afasia congénita e infantil	455

XII. — PUERICULTURA. MEDICINA PREVENTIVA. PEDIATRIA SOCIAL

La Unicef y la Organización Mundial de la Salud en la capacitación de las comadronas en algunos países	455
--	-----

I

RECIEN NACIDO. — PREMATURIDAD. — MALFORMACIONES CONGENITAS

Estudios de coagulación en recién nacidos normales. B. J. GROSSMAN, R. M. HEYN e I. H. ROZENFELD. *Pediatrics (Springfield)* 9:182 (Febrero) 1952. — Los autores presentan las cifras de tiempo de coagulación, cuenta de plaquetas, concentración de protrombina, título de protamina y observación directa de retracción del coágulo en 21 recién nacidos normales durante las primeras seis horas después del nacimiento y durante el tercero y quinto día de la vida. El tiempo de coagulación durante las primeras seis horas de la vida fluctuó entre 7 y 38 minutos con una media de 14 minutos. En el tercer día de la vida, los valores oscilaron entre diez y sesenta minutos con una media de 25, y al quinto día, 6 a 38 minutos, con media de 16 minutos. Los autores discuten la significación de estos datos.

Resumen de los autores.

La acción del desoxicórticosterone en el prematuro y débil congénito. M. BERTOLLI. *Il Lattante (Parma)* 23:265 (Mayo) 1952. — La autora administró D O C A a 18 recién nacidos prematuros o débiles congénitos. El peso del nacimiento varió entre 1.400 y 2.500 grs., la dosis de D O C A administrada fué de 2 mg. por Kg. de peso por día durante cinco días, por vía intramuscular. De acuerdo con la autora, se obtuvo una reducción de la mortalidad durante la primera semana de la vida y un mejoramiento de las condiciones generales. En el escrito no se ofrecen datos que respalden estas conclusiones.

Tovar-Escobar.

Leucemia mieloblástica aguda en un recién nacido. A. R. CAILLI, W. L. RUMSEY y E. M. SATULSKY. *A. M. A. Am. J. Dis. Child., (Chicago)* 83:788 (Junio) 1952. — Los autores relatan un caso de leucemia aguda mieloblástica en un recién nacido de ocho días en

quien las lesiones cutáneas simulaban las que se observan en la urticaria pigmentosa.

Del resumen de los autores.

Parálisis unilateral del diafragma en el recién nacido, debida a lesión del frénico, asociada o no a parálisis braquial. N. SCHIFRIN. *Pediatrics (Springfield)* 9:69 (Enero) 1952. — Se presentan cuatro casos de parálisis unilateral del diafragma ocurridas en el período neonatal y producidas por traumatismo del nervio frénico. Dos de los casos no presentaron parálisis del plexo braquial. En un caso se observó una parálisis unilateral transitoria de las cuerdas vocales. Los síntomas predominantes en todos los casos fueron dificultades respiratorias. El autor aconseja la necesidad del examen fluoroscópico y radiográfico del tórax en todos los casos con dificultades respiratorias durante el período neonatal.

Resumen del autor.

Corticotropin (ACTH) en el tratamiento de la fibroplasia retrolental. J. T. LANMAN, L. P. GUY y J. DANCIS. *Pediatrics (Springfield)* 9:27 (Enero) 1952. — Cinco niños prematuros con fibroplasia retrolental activa fueron tratados con ACTH. La edad de los prematuros tratados varió entre 7 y 37 días de nacidos, y la duración del tratamiento osciló entre 30 y 66 días. La dosis usual fué de 20 a 40 miligramos en 24 horas, divididos en cuatro dosis intramusculares. Los prematuros tratados desarrollaron un aumento de la excreción urinaria de los esteroides formaldehidogénicos, reducción en los eosinófilos circulantes, pigmentación cutánea, redondez de la cara, edema mínimo transitorio e hiperglicemia con glucosuria. Un prematuro falleció durante el tratamiento a consecuencia de una acidosis hiperclorémica, hiperkalemia y septicemia a *B. pyocyaneus*. En los cuatro casos restantes, la enfermedad continuó progresando hasta la formación de una cicatriz extensa detrás de los cristalinos. El uso de ACTH en este estudio resultó inefectivo como agente terapéutico en la fibroplasia retrolental.

Resumen de los autores.

Efectos del virus de la rubeola sobre el embrión humano. G. TONDURY. *Helv. Paed. Acta. (Basilea)* 7:105 (Abril) 1952. — El autor estudió 6 embriones humanos de edades diferentes, cuyas madres habían sido atacadas de rubeolas entre el 35° y 51° días de embarazo. De acuerdo con sus observaciones, el virus de la rubeola penetra desde la circulación materna a través del corioepitelio intacto. Por consiguiente, el embrión humano no es afectado por una enfermedad

generalizada, sino sólo ciertos órganos —(el cristalino, el epitelio del oído interno y los órganos del esmalte)— son infectados con efectos destructivos. Existe una verdadera afinidad por ciertos órganos. Los efectos destructivos no aparecen al mismo tiempo en todos los órganos mencionados: los efectos se observan en el cristalino 17 días después de la enfermedad materna, y sólo después de 222 días en el oído interno y los órganos del esmalte.

Del resumen del autor.

II

ALIMENTACION. — NUTRICION. — METABOLISMO

Metabolismo del agua en la intoxicación hídrica. J. L. BASKIN, H. M. KEITH y B. H. SCRIBNER. A. M. A. Am. J. Dis. Child., 83:618 (Mayo) 1952. — Los autores revisan los conceptos básicos de la intoxicación hídrica a la luz de datos clínicos y experimentales. La teoría patogénica generalmente aceptada hoy es la siguiente: La administración de cantidades excesivas de agua por vía oral, rectal o parenteral, provoca una dilución inicial de la sangre y del líquido intersticial, con reducción de la presión osmótica extracelular. A consecuencia de este trastorno del equilibrio osmótico intra-extracelular, se establece una corriente de líquido del espacio extracelular hacia la célula. La ingurgitación provoca disfunción celular. Los síntomas más pronunciados se manifiestan en el sistema nervioso, con contracciones musculares, coma y convulsiones y eventualmente la muerte. El tratamiento se reduce a suprimir el agua hasta la desaparición de los síntomas. En casos graves, se recomienda la administración intravenosa de solución hipertónica de cloruro de sodio, teniendo el cuidado de inyectar sólo lo suficiente para aliviar los síntomas. Un exceso de cloruro de sodio podría provocar una recarga marcada del sistema circulatorio, por paso brusco de una cantidad de agua extracelular a la circulación, con peligro de insuficiencia cardíaca y edema pulmonar.

Tovar-Escobar.

Trastornos del metabolismo glicogenado. W. H. LANGEWISCH y J. A. BIGLER. Pediatrics. (Springfield) 9:263 (Marzo) 1952. — Los autores presentan cinco casos de alteraciones del metabolismo del glicógeno; dos con enfermedad por acumulación de dicha substancia en el hígado, que fueron confirmados por biopsia, además de la clínica y el laboratorio, y cuyo tratamiento, con hormona adrenocorticotrópica, en uno de ellos, produjo la desaparición de la hipoglicemia y acetonuria durante el período terapéutico.

El criterio diagnóstico de estos casos lo integran la gran hepatomegalia, desarrollo rápido de hipoglicemia y acetonuria cuando se suspende el alimento, respuesta subnormal o ausencia de respuesta del nivel sanguíneo del azúcar a la inyección subcutánea de adrenalina y la demostración química o histoquímica de gran cantidad de glicógeno en el hígado.

Dos casos más de enfermedad glicogénica del corazón con sus historias clínicas y sus informes de autopsia; en uno de estos enfermos se informa su electrocardiograma. Se exige para el diagnóstico de estos cuadros la presencia de cardiomegalia acentuada, muerte dentro del primer año de la vida e infiltración masiva de todas las fibras cardíacas de una sustancia que química o histoquímicamente se demuestre ser glicógeno. El último caso fué de galactosemia, en el cual el laboratorio demostró ampliamente la presencia de intolerancia marcada a la galactosa. Hacen revisión del criterio diagnóstico de estas entidades patológicas y discuten la sintomatología, los datos de exploración física, tratamiento, pronóstico y las manifestaciones anatómopatológicas.

Aunque las manifestaciones patológicas de los enfermos difirieron considerablemente, tenían un denominador común, ya que todos presentaron pruebas de un defecto innato del metabolismo del glicógeno. La patogénesis exacta de estos trastornos es aún dudosa, pero se supone que el defecto reside en uno o más de los complejos pasos de las reacciones enzimáticas por medio de las cuales se transforma la glucosa o galactosa en glicógeno, y éste, subsecuentemente, se convierte de nuevo en glucosa. Sin embargo, parece que en cada entidad están afectados diferentes sistemas enzimáticos. Además, la galactosemia difiere de la verdadera enfermedad glicogénica por almacenamiento en que el hígado se infiltra con grasa y no con sustancias hidrocarbonadas. Algunos autores han sugerido que la incapacidad para metabolizar la galactosa normalmente, lo cual produce un hígado graso es comparable a la de los casos de diabetes humana o experimental, incompletamente controlados, en los cuales se asocia frecuentemente la infiltración grasosa del hígado al metabolismo anormal de la glucosa.

Resumen de los Autores.

Calidad nutritiva de la leche modificada por el calor para reducir reacciones alérgicas. R. M. TOMMARELL, E. LINDEN y F. W. BERNHART. Pediatrics. (Springfield) 9:89 (Enero) 1952. — Estudios experimentales sobre el crecimiento de ratas, demostraron que la pérdida de calidad nutritiva de la leche modificada por el calor requerido en la preparación de un producto hipoalérgico es el resultado de la destrucción de vitaminas. Ratas jóvenes alimentadas

con leche modificada por el calor y fortificada con minerales y vitaminas con excepción de vitamina B-12, tienen un crecimiento subóptimo. La adición de polvo de hígado o de mezclas de vitaminas conteniendo vitamina B-12 a la leche modificada por el calor, resultó en la obtención de un crecimiento igual al de las ratas alimentadas con leche cruda.

Resumen de los autores.

Alergia gastrointestinal del lactante. A. H. ROSENBLUM y P. ROSENBLUM. *Pediatrics.* (Springfield) 9:313 (Marzo) 1952. — Varias publicaciones acerca de trastornos gastrointestinales como el píloroespasma, estenosis pilórica, síndromes celíacos, diarreas y colitis en niños cuya etiología parecía ser alérgica, han aparecido desde hace algunos años. Se apoyaba esta afirmación en las manifestaciones alérgicas de los enfermos: historia familiar alérgica, cutirreacciones positivas, eczema, urticaria, edema angioneurótico, asma, fiebre de heno, rinitis vasomotora y erupciones medicamentosas. Estos trastornos los presentaron simultáneamente con las manifestaciones gastrointestinales o en años posteriores. El alérgeno más importante fué la leche de vaca y en algunos la exclusión de la misma curó el cuadro.

Por otra parte, estudiando los antecedentes gastrointestinales de la infancia de un grupo de enfermos alérgicos adultos, se hallaron trastornos como diarrea espumosa, píloroespasma, cólicos, estenosis pilórica, y en niños mayores, dolor abdominal y vómitos cíclicos.

Este estudio comprende un período de 16 meses de investigación de eosinófilos en las evacuaciones de 60 enfermos sospechosos de alergia gastrointestinal correlacionado con la sintomatología clínica que presentaba. En todos ellos se encontró eosinofilia franca. En otro grupo de 76 enfermos en que no había eosinofilia intestinal, tampoco presentaron en su evolución clínica prueba alguna de alergia activa.

Diarrea, vómitos y cólicos fueron los síntomas que presentaron los enfermos alérgicos ya fuera aisladamente o en combinación. La diarrea fué dos veces más frecuente que el vómito y cólico juntos. La eosinofilia intestinal, aun fuera de los períodos activos, pudo encontrarse fácilmente. La diarrea era de evacuaciones mucosas, blandas o líquidas, frecuentes o profusas. El cuadro se iniciaba aún desde los primeros meses de la vida.

El vómito se presentaba desde el período del recién nacido, en regurgitación o proyectil, con o sin ondas pilóricas visibles. No obstante, la ganancia en peso era satisfactoria. Siete enfermos tenían estenosis pilórica con eosinofilia y antecedentes alérgicos familiares y personales. Las dietas de eliminación y antiespasmódicos fracasaron, y sólo la cirugía tuvo éxito.

El cólico, de los primeros 3 meses generalmente, a veces severo, no atacaba el estado general.

En el grupo total de casos había un 83,7 % que tenían antecedentes alérgicos paternos y 57 % tenían manifestaciones alérgicas con eczema, asma y erupciones, aisladas o asociadas. El alérgico más importante fué la leche de vaca y su sustitución con leche de vaca evaporada o de cabra, fué seguida de más éxitos. El nutramigen era efectivo si aquéllas fracasaban. Una semana de prueba fué necesaria para apreciar resultados antes de administrar otra leche. Cuando se daba el alérgeno causante, el cuadro clínico reaparecía, así como la eosinofilia intestinal.

La adición de nuevos alimentos a la fórmula láctea se hacía con precaución y uno sólo a la vez, eliminando trigo y huevo. Generalmente después de los seis o nueve meses, la mayor parte de los enfermos pudo tolerar la leche de vaca.

La eosinofilia sanguínea y cutirreacciones con alérgenos no prestaron ayuda diagnóstica.

En conclusión, el síndrome de alergia gastrointestinal debe sospecharse cuando se demuestra eosinofilia acentuada en las evacuaciones, historia familiar alérgica, coexistencia o aparición posterior de otros padecimientos alérgicos en el enfermo, la desaparición del cuadro clínico al suprimir el alérgeno y su reaparición al administrarlo nuevamente.

Resumen de los autores.

Acerca de la intolerancia a las grasas en el lactante. W. DROESE. Ann. Paed. (Basilea) 178:238 (Abril) 1952. — La presente investigación fué llevada a cabo con objeto de averiguar si la cantidad de ácidos biliares y lipasa del duodeno y estómago, en ayunas, podría ser una ayuda clínica para el diagnóstico de la intolerancia a las grasas, en el prematuro, recién nacido y lactantes mayores. En todos los casos en que la adición de 10-20 gm. de sopa de mantequilla y harina de Cerny-Kleinschmidt produjo dispepsia, se encontró una reducción del contenido de ácidos biliares del jugo duodenal y en algunos casos de la lipasa. A la luz de exámenes comparativos del contenido de ácidos biliares y lipasa y de balances de grasas, se puede mostrar que la disminución del contenido de ácidos biliares y lipasa del jugo duodenal, debe ser considerado como una expresión de un trastorno secretorio generalizado de las glándulas digestivas, consecuencia de inmadurez o trastorno del metabolismo intermedio.

Del resumen del autor.

Enzimas pancreáticas en el contenido duodenal de niños con Kwashiorkor. M. D. THOMPSON y H. C. TROWELL. *Lancet (Londres)* 262 (I): 1031 (Mayo) 1952. — Los autores británicos designan con el nombre de Kwashiorkor un tipo especial de desnutrición en niños, caracterizado por edemas, lesiones de la piel y del pelo. Dicho síndrome equivale en sus grandes rasgos al cuadro conocido en la América hispana como síndrome policarencial. Los autores estudiaron la presencia de enzimas pancreáticas en el contenido duodenal en 59 niños sufriendo de Kwashiorkor y en 24 controles aparentemente sanos. La concentración de amilasa y lipasa en el contenido duodenal fué muy inferior a lo normal en todos los niños con Kwashiorkor. En los controles se encontraron valores muy variables. La administración de leche en cantidades elevadas y el tratamiento de infecciones intercurrentes, provocó en los pacientes un alza en la actividad enzimática del contenido duodenal. Este efecto no se observó en dos niños cuyas infecciones fueron tratados, pero que no recibieron proteínas lácteas. Los autores discuten la causa posible de esta depresión de la actividad enzimática, su relación con el síndrome y su tratamiento.

Tovar-Escobar.

III

DIARREAS Y ENTERITIS

Tratamiento de la disepsia grave y la toxicosis del lactante por los antibióticos. K. Choremis, V. Constantinides, S. Pantasis, A. Markidon y M. Papazmouri. *Arch. Franc. Ped. (París)*. s 492, 1952.—Los autores trataron tres grupos de lactantes con diarreas graves con deshidratación y acidosis, obteniendo los resultados siguientes: en 56 casos tratados con sulfaguanidina y penicilina hubo 12 muertos, la duración media de la fiebre fué de 6 días y el número de evacuaciones quedó invariable el 7º día de la enfermedad. Los autores tuvieron la impresión de que el tratamiento influyó poco sobre el curso de la enfermedad. Otro grupo de 18 pacientes recibió estreptomycin y penicilina, hubo 13 curaciones, 5 muertes. El tercer grupo comprendió: 64 casos, 21 toxicosis y 43 enterocolitis y disenteriformes. En 16 casos el cultivo fué positivo para bacilo de Flexner. El tratamiento de soporte fué igual al de los grupos anteriores; como medicamento se administró únicamente aureomicina a la dosis de 0.04 a 0.1 gm. por día en dosis fraccionadas. Sólo hubo una muerte. La fiebre cayó a los 2-3 días, con mejoría del estado general y del número y calidad de las deposiciones. En las toxicosis, el estado neurotóxico y el colapso circulatorio desaparecieron y los vómitos se calmaron. No se obser-

varon efectos tóxicos, el único inconveniente fueron los vómitos provocados por el medicamento mismo. Los autores concluyen acerca de un efecto neto de la aureomicina sobre diarreas graves del lactante.

Tovar-Escobar

Deficiencia de potasio en las enterocolitis de la infancia. H. Williams. M. J. Australia (Sydney) 39: (I): 313 (Marzo) 1952. — El autor observó 13 pacientes con deficiencia grave de potasio en una serie de 496 lactantes admitidos al Hospital de Niños de Melbourne con enterocolitis. El tratamiento de rutina consistió en un período de ayuno de 18-48 horas, durante el cual se administraron soluciones de cloruro de sodio y glucosa por vía oral y parenteral y, en casos de toxicosis, sangre y plasma. Para la alimentación se utilizó leche semidescremada. No se administró potasio adicional. Las historias de los casos con insuficiencia de potasio fueron bastante típicas: diarrea grave e ingestión muy pobre de leche durante varias semanas, pérdida de peso continuada y luego colapso brusco, y finalmente mejoría rápida en respuesta al tratamiento con potasio. Las determinaciones de electrolitos en el suero mostraron niveles de potasio entre 1.7 y 3.1 miliequivalentes por litro. En 7 casos el potasio fué administrado por vía venosa como cloruro. Todos los pacientes recibieron potasio oral generalmente en forma de citrato. Sólo 1 de 4 pacientes en que se practicó electrocardiograma mostró los cambios característicos de prolongación del intervalo Q-T, depresión del segmento S-T y onda T invertida.

Tovar-Escobar

IV

ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGUDAS

Tratamiento de meningitis a Hemofilus influenzae. M. H. Lepper, P. F. Wehrle y N. Blatt. A. M. A. Am. J. Dis. Child., (Chicago), 83: 763 (Junio) 1952. — Los autores trataron 18 pacientes de meningitis debida a H. influenzae con aureomicina sola y 14 con una combinación de aureomicina, estreptomycin y gantrisin (un compuesto sulfamídico). Ninguno de los pacientes murió. La aureomicina sola a dosis de 50 mg./Kg. cada 24 horas por vía intravenosa dió resultados tan satisfactorios en cuanto a duración de la fiebre, pleocitosis del L.C.R. y complicaciones, como cuando se usó en combinación con las otras drogas. En dos pacientes se utilizó con éxito penicilina a la dosis de 1.000.000 u. por vía intramuscular cada 2 horas. Un paciente, que no se incluye en esta serie, que presentaba la forma encefalítica de la enfermedad, murió a pesar del tratamiento con aureomicina, penicilina y gantrisin. Tres pacientes con derrames subdu-

rales fueron tratados con éxito por aspiraciones repetidas. Los autores concluyen que la aureomicina sola es efectiva en el tratamiento de la meningitis por H. influenza y no creen que se obtienen ventajas con la adición de estreptomycin y gantrisin.

Del resumen de los autores.

Síndrome de Waterhouse-Friderichsen tratado con cortisona. G. E. Bræn, R. T. D. Emond y R. V. Walley. *Lancet* (Londres) 262 (I): 1140 (Junio) 1952.—Por síndrome de Waterhouse-Friderichsen se entiende comúnmente una septicemia fulminante a meningococos, caracterizada en vida por colapso y petequias, y al post-mortem, en la mayoría de los casos, por hemorragia de las suprarrenales. Los autores relatan dos casos. Ambos fueron tratados con cortisona, 25 mg. cada 6 horas, además de quimioterapia adecuada. El primer paciente, que se encontraba moribundo al comienzo del tratamiento, mejoró considerablemente, pero falleció 5 días más tarde por hemorragia cerebral. El segundo, cuyo tratamiento fué iniciado 12 horas después del comienzo de los síntomas, curó completamente. Los autores concluyen que la cortisona es muy valiosa en el tratamiento de este síndrome.

Tovar-Escobar

La otoantritis del lactante distrófico. C. Grianelli y E. Peluffo. *Arch. Ped. Uruguay*, 23: 222 (Abril) 1952.—Los autores presentan 7 observaciones de lactantes con trastornos nutritivos crónicos asociados con infecciones latentes del oído medio. Recalcan la ausencia de síntomas referibles al oído y la necesidad de practicar paracentesis del tímpano. Este tratamiento produjo efectos dramáticos en casos en que el tratamiento antibiótico había fracasado.

Tovar-Escobar

Consideraciones sobre el comportamiento de las aglutininas antitíficas frente al cloramfenicol. E. Segagni y P. N. de Sario. *Min. P.d.*, (Turín) 4: 222 (Marzo) 1952. — En este estudio experimental los autores investigan la producción de anticuerpos antitíficos en 5 cobayos tratados con vacuna curativa antitífica y cloromicetina y en un grupo control que recibió sólo la vacuna. De acuerdo con sus resultados, los autores afirman que la cloromicetina no inhibe la formación de anticuerpos aglutinantes en animales inoculados con gérmenes muertos.

Tovar-Escobar

Corticotropin (ACTH) en el tratamiento de laringotraqueitis aguda. J. A. Turner y E. A. Morgan. *A. M. A. J. Dis. Child.*, 83: 440 (Abril) 1952.—Los autores trataron 10 pacientes de laringotraqueitis

con un régimen de rutina que consistía en Tienda de Croup, sedantes y antibióticos. Después de un período adecuado de observación, 5 de los pacientes recibieron una inyección intramuscular de corticotropina. No se observaron efectos apreciables sobre el curso clínico.

Del resumen de los autores.

V

ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRONICAS

Epidemia de tuberculosis en un Liceo. H. Horton, R. D. Champlin, E. F. M. Rogers y R. F. Korn. J.A.M.A. (Chicago), 149: 331 (Mayo) 1952.—Los autores relatan una epidemia de TBC pulmonar progresiva en una escuela rural de bachillerato del Estado de Nueva York. De los 133 alumnos inscritos en un solo año escolar, se descubrieron 13 casos de TBC pulmonar en los dos años siguientes: Un maestro de 23 años, asociado con ellos, también fué encontrado con la enfermedad. En el período de 8 años, a partir de esa época, se encontraron 2 casos adicionales en el grupo original y uno de las clases más bajas que entraron a la escuela el año siguiente. La edad de los alumnos en el momento del diagnóstico varió entre 16 y 21 años. Los diagnósticos fueron hechos por encuestas radiográficas y confirmados por el aislamiento del bacilo tuberculoso en todos los pacientes, excepto uno, en quien se aisló el bacilo del líquido céfalorraquídeo. Todos tenían TBC pulmonar activa progresiva y fueron hospitalizados. Hubo 3 muertes. No se descubrieron contactos familiares, excepto quizá el primer caso. El origen probable fué el caso inicial, cuya infección fué posible referir a un contacto extrafamiliar fuera de la escuela.

Del resumen de los autores.

Evaluación del valor protector de la vacuna BCG. J. D. Aronson y C. F. Aronson. J.A.M.A. (Chicago), 149: 334 (Mayo) 1952. — El valor de la vacuna BCG en el control de la TBC fué determinado en un grupo de indios de los Estados Unidos y Alaska. Se clasificaron en dos grupos por un sistema de tarjetas a niños de edad preescolar y escolar, todos negativos a la tuberculina. Los dos grupos eran comparables en número, edad y sexo. Los miembros de un grupo recibieron una sola inyección intradérmica de vacuna BCG fresca y no fueron revacunados durante el estudio. El segundo grupo recibió una inyección intradérmica de solución isotónica de cloruro de sodio y sirvió como control. Ninguno de los grupos fué aislado antes o después de la vacunación y no se hicieron cambios en su modo de vivir ordinario. Ambos grupos fueron seguidos de la misma manera, anualmente, durante 9 a 11 años de estudio, por medio de pruebas tuberculinas y exámenes radiológicos del tórax. Se determinó la mortalidad

por todas las causas y por tuberculosis 15 años después de la iniciación del estudio. La causa de muerte fué basada en datos radiológicos, exámenes de laboratorio, historias clínicas, anotaciones de enfermeras y entrevistas personales con los familiares, en los pocos casos en que no se había logrado establecer un diagnóstico. En ningún caso se aceptó el diagnóstico del certificado de defunción sin mediar antes una investigación cuidadosa. Durante los 13 a 15 años de observación un total de 71 vacunados y 128 controles murieron por todas las causas. Entre los 1.551 vacunados, 12 murieron de TBC. Entre los 1.457 controles, 65 murieron de TBC. Los resultados observados durante el período de estudio de 13 a 15 apoya el concepto de que hay una relación estrecha, pero no absoluta, entre la resistencia a la infección y la hipersensibilidad. La hipersensibilidad entre los vacunados fluctuó entre 93.3 %, un año después de la vacunación, y 90.2 % 11 años más tarde. Entre los controles, la hipersensibilidad aumentó de 12.7 %, un año después del comienzo del estudio, hasta 41.7 % después de 11 años.

Del resumen de los autores.

El uso de la vacuna BCG en una nueva prueba diagnóstica para la tuberculosis. E. Friedman e I. Silverman. *Pediatrics* (Springfield), 9: 280 (Marzo) 1952. — Los autores llaman la atención a la frecuencia en que la prueba de la tuberculina resulta negativa en presencia de una infección tuberculosa. Otras veces la misma prueba de tuberculina resulta en una reacción pseudopositiva en individuo jamás infectado con tuberculosis. Es decir, que la prueba de la tuberculina tal como ordinariamente es hecha con tuberculina vieja, frecuentemente carece de sensibilidad y otras veces le falta especificidad.

Se recomienda el uso de BCG como una prueba más sensitiva y específica para el diagnóstico de la tuberculosis. Los autores recomiendan su aplicación como una prueba suplementaria en todos aquellos casos donde los resultados obtenidos con la prueba de tuberculina ordinaria sean dudosos, o no se ajusten al cuadro clínico del enfermo. Esta prueba se basa en el fenómeno de Koch, y se realiza haciendo un pinchazo en la piel a través de una gota de la vacuna BCG.

Resumen de los autores.

Ocho meses de experiencia en el tratamiento de la meningitis TBC y de la tuberculosis pulmonar primaria con la hidrazida del ácido isonicotínico. R. Bulgarelli y L. Buffoni. *Aggior. Ped.* (Roma) 3: 589 (Diciembre) 1952.—Estudio de 36 casos de meningitis tuberculosa tratados por la asociación hidrazida del ácido isonicotínico y estreptomycin y de 28 casos de TBC pulmonar primaria y 3 casos de

adenitis cervical caseosa, tratados por la hidrazida isonicotínica. El análisis de la casuística revela que la asociación de la hidrazida isonicotínica a la estreptomycin en la meningitis TBC produce resultados notablemente superiores a los obtenidos en el pasado por la asociación de estreptomycin con otras drogas antituberculosas, incluyendo el PAS. Además de la evolución favorable, quod ad vitam, de la casi totalidad de los casos que al iniciar el tratamiento no presentaban aún lesiones irreparables, hay que considerar en primer lugar la rapidez con que regresaron los síntomas clínicos y la tendencia a la normalización temprana del líquido céfalorraquídeo. Este estudio clínico confirma las investigaciones bacteriológicas que indican que hay un verdadero sinergismo de potenciamiento entre la estreptomycin y la hidrazida del ácido isonicotínico. Los autores discuten los detalles del tratamiento, y presentan un resumen de historia de la totalidad de la casuística.

Tovar-Escobar

Lesiones rectales de linfogranuloma venéreo en niños. L. Banov Jr. *A.M.A. Am J. Dis. Child.*, 83: 660 (Mayo) 1952.—El autor presenta un caso de estrechez rectal debida a linfogranuloma venéreo en un niño de 10 años. Presenta al mismo tiempo un resumen de 13 casos en niños, publicados en la literatura: 11 son hembras y 2 varones. En 8 pacientes había sólo manifestaciones rectales, 5 presentaban además adenitis inguinal. El diagnóstico fué confirmado por una reacción de fijación de complemento y de Frei positivos. El tratamiento fué cloramfenicol y dilatación digital.

Tovar-Escobar

Investigación de la sensibilidad cutánea a la histoplasmina en Venezuela. H. Campins y M. Scharyi. *Arch. Venezol. Patol. Trop. y Parasit. Med.* (Caracas), 2: 76 (Enero), 1950.—La encuesta realizada con Histoplasmina en 1.836 escolares de Barquisimeto, ha permitido registrar 13.7% de reacciones positivas a este antígeno, repartidas casi por igual entre los dos sexos. Si se admite la especificidad de la prueba cutánea con Histoplasmina, el porcentaje de positividad obtenido, relativamente alto, indicaría la existencia de Histoplasmosis entre nosotros.

El estudio radiológico ha puesto en evidencia lesiones pulmonares residuales, predominantemente calcificadas, no atribuibles a Tuberculosis ni a Coccidioidomicosis, en 44 de los niños sensibles a la Histoplasmina. Esta circunstancia sugiere que tales lesiones pueden ser la consecuencia de una infección con Histoplasma capsulatum.

Resumen de los autores.

VI

PARASITOSIS. — PROTOZOOSIS. — ENFERMEDADES TROPICALES

Neomicina en el tratamiento de la amibiasis humana. L. V. McVay Jr., R. L. Laird y T. N. Stern. *Am. J. Med. Sci. (Filadelfia)*, 223: 22 (Enero) 1952.—La neomicina, descubierta en 1949 por Waksman y Lechavalier, es producida por una especie de *Streptomyces fradiae* presente en la tierra y, por lo tanto, estrechamente relacionada a la estreptomycinina y estreptotricina. Los autores demuestran en este estudio que la neomicina es un agente amibicida efectivo in vitro e in vivo. Habría que aclarar más su toxicidad antes de que pueda ser usada indiscriminadamente en el tratamiento de la amibiasis humana.

Tovar-Escobar

La Dietilcarbamazina (Hetrazan) en el tratamiento de la parasitosis intestinal. E. Villapando del Valle. *Bol. Med. Hosp. Infantil (México)*, 9: 165 (Abril) 1952.—Un estudio en 25 niños con parasitosis múltiples, pero teniendo todos ascárides lumbricoides, fué hecho con el fin de valorar la efectividad del 1-Dietilcarbamil 4-metil piperazina (Hetrazán) en la parasitosis intestinal. En los casos tratados con dosis de 10 miligramos por kilo de peso, tres veces en 24 horas y durante ocho días, este medicamento resultó inofensivo contra las ucinarias y tricocéfalos. La droga mostró efectividad muy satisfactoria contra los ascárides lumbricoides, sin necesidad de utilizar purgantes o modificaciones en la alimentación. No se encontraron efectos tóxicos.

Resumen del autor.

Relato de dos casos agudos de enfermedad de Chagas, uno mortal, en Montes Claros, Minas Gerais. J. Valle Mauricio. *O Hospital (Rio de Janeiro)*, 41: 701 (Mayo) 1952.—El primer caso: varón de 2 años y medio, vive en casa con *P. megistus* infectados. Enfermo de pocos días con edema palpebral acentuado, temperatura 39,2, adenopatías cervicales y preauriculares del lado derecho. Pulso 140, convulsiones tónicas seguidas de somnolencia. Ocho días de observación. Tratamiento sintomático. Muerte en convulsiones. Segundo caso: varón 2 años y medio. Edema extenso del lado izquierdo de la cara, más acentuado en los párpados. Ulceración profunda e infectada en el párpado inferior. Adenopatías marcadas cervicales y submaxilares. Sub-ictericia. Hepato-esplenomegalia discreta. Temperatura 39,8°. Pulso, 100. Catarro y tos. Diarrea, anorexia, insomnio. Tratamiento sintomático y vitaminas. Mejoría paulatina durante un periodo de

observación de 6 meses. En ambos casos, el diagnóstico fué confirmado por la reacción de fijación del complemento con antígenos de S. Cruzi. Dos fotografías.

Tovar-Escobar

VII

SANGRE. — SISTEMA HEMATOPOYETICO

El cuadro de la granulocitopenia crónica en niños. M. R. Vrtilek. Helv. Paed. Acta (Basilea) 7: 207 (Abril), 1952.—Descripción de 6 casos de granulocitopenia crónica infantil en dos muchachos y 4 niñas (lactantes y niños pequeños). Estos niños presentaban catarros frecuentes acompañados de fiebre. Tres de los niños eran alérgicos. Desde el punto de vista constitucional, presentaban ligeros síntomas degenerativos y discraneanos. Los brotes febriles estaban acompañados de poliadenia moderada y a veces ligera hepatomegalia. De tiempo en tiempo aparecían exantemas alérgicos: los niños sufrían de inapetencia y presentaban disminución de peso. En la sangre había una fuerte neutropenia, acompañada generalmente de una linfocitosis absoluta, algunos casos no presentaban leucopenia. En 4 casos, se notaba al mismo tiempo anemia pasajera y, en uno, fuerte trombopenia. La normocitosis, la persistencia de eosinófilos y la linfocitosis absoluta parecían signos de pronóstico favorable. La medula ósea mostraba cierto trastorno de la maduración de la serie mieloide y en general eritroblastopenia relativa. En dos casos, el estudio de la medula ósea mostró una fagocitosis de neutrófilos. No hay tratamiento específico. Los mejores resultados se obtuvieron con la transfusión sanguínea y los antibióticos. La evolución dura meses y años. En general, los pacientes mejoran espontáneamente; de los casos estudiados, sólo uno murió con panmielotisis. El diagnóstico diferencial debe excluir las leucemias, las reacciones linfáticas y otras granulocitopenias conocidas. Varios factores, como la debilidad congénita de la medula ósea, factores tóxicos y alérgicos juegan un papel en la patogenia de esta afección.

Del resumen del autor.

VIII

APARATO RESPIRATORIO

Neumonía lipóidica en niños. H. Landaeta Payares y R. Ferro Gallarraga. Acta Radiol. Interamericana (Buenos Aires) 2: 62 (Enero-Junio) 1952.—Los autores presentan un caso de neumonía lipóidica en un lactante de 5 meses de edad. El niño fué admitido al Hospital

de Niños J. M. de los Ríos, de Caracas, para tratamiento quirúrgico de estenosis anal cicatricial incompleta, consecutiva a imperforación anal operada. La operación de resección del anillo fibroso fué realizada sin incidentes. En el post-operatorio, en vista de que las heces fecales eran muy duras, se ordenó 4 cc. de aceite de parafina todas las noches. A las 12 horas de administración del aceite presentó disnea, estertores crepitantes en ambos campos pulmonares, cianosis y fiebre a 39° C. A la radioscopia se encontraron los hilios espesados, trama bronquial acentuada. Sombra densa en ambos campos pulmonares. Se omitió el aceite de parafina y se ordenó tratamiento antibiótico. La radiografía del tórax, 3 días más tarde, mostró imagen de bronconeumonía bilateral. El estado del paciente no mejoraba a pesar del tratamiento. Al cabo de 7 días la imagen radiológica mostraba una extensión de las lesiones bronconeumónicas. El paciente fué seguido clínica y radiológicamente durante 5 meses, en cuyo período las modificaciones de la imagen bronconeumónica fueron insignificantes.

Tovar-Escobar

IX

CORAZON Y VASOS

Hipertensión en niños: una revista de conjunto. W.W. McCrory y F. W. Nash. *Am. J. Med. Sci. (Filadelfia)* 223: 671 (Junio) 1952.—La ocurrencia de hipertensión temporal o permanente, asociada con otras enfermedades, no es rara en niños. La hipertensión esencial, sin embargo, es extremadamente rara. En la mayoría de los casos, la hipertensión en niños está asociada con enfermedades renales, más frecuentemente glomerulonefritis aguda o crónica. La pielonefritis crónica, sola o en combinación con uropatías obstructivas, es también causa común de hipertensión en niños y tiene significado particular cuando sólo un riñón está atacado. A pesar de que la enfermedad renal unilateral no se acompaña siempre de hipertensión y sólo en una minoría de estos casos se obtiene alivio de la hipertensión, debe pensarse en ella como causa de hipertensión en niños en la que no se encuentra causa aparente. Ocasionalmente, las enfermedades del sistema endocrino en niños, se acompañan de hipertensión, especialmente feocromocitoma, y desórdenes córtico-suprarrenales. También puede ser el resultado de infecciones o lesiones del sistema nervioso central, lo mismo que de hipertensión intracraneal de cualquier causa. Puede encontrarse en niños con enfermedades del corazón o de los grandes vasos. Hay que escoger cuidadosamente el manguito de tamaño apropiado en la determinación de la tensión arterial en niños. También hay que tener en cuenta, cuan-

do se hace el diagnóstico de hipertensión en niños, que el miedo o nerviosidad provocada por el examen médico pueden causar aumento de la presión sistólica y taquicardia.

Del resumen de los autores.

Efecto de los esteroideos y de la ACTH aplicados en el niño sobre la circulación. J. Stroeder. *Folia Clin. Internal.* (Barcelona) 2: 103 (Marzo) 1952.—El autor estudia la influencia de las combinaciones hormonales sobre el aparato circulatorio y su dinámica en niños sanos de 8 a 14 años, utilizando especialmente los esteroideos y el ACTH. Con dosis inferiores a las terapéuticas exigen del sistema cardiovascular, unas veces, un trabajo de presión superior, y otras, un trabajo de volumen que puede prolongarse durante mucho tiempo, en algunos casos hasta 20 horas. De ello deducen la conveniencia de estudiar estos efectos en los niños afectados de cardiopatías, en los que no se pueden utilizar indistintamente estas hormonas sin un análisis clínico previo de la circulación. Esto es objeto de estudios actuales, de los que dará cuenta oportunamente. Por otro lado, ha hallado bajo la influencia de la aplicación de esteroideos y de la ACTH una modificación de la resistencia capilar en el sentido de un aumento. También en este aspecto aconseja realizar estudios en los niños.

Resumen del autor.

Taquicardia paroxística en lactantes y niños. Estudio de 41 casos. A.S. Nadas, C.W. Daeschner, A. Roth y S. L. Blumenthal. *Pediatrics.* (Springfield) 9: 167 (Febrero) 1952.—Los autores revisan 41 casos de taquicardia paroxística observados durante los últimos 20 años en el Children's Hospital de Boston.

Del estudio detallado de estos casos, es aparente la presencia de una entidad clínica dentro del grupo general de pacientes. Esta entidad consiste de un grupo de niños menores de 4 meses de edad los cuales tienen tendencia a desarrollar insuficiencia cardíaca y a sufrir ataques repetidos de taquicardia durante el primer año de la vida, pero en los cuales la ocurrencia de paroxismos al año después del primer ataque es extremadamente infrecuente.

El desarrollo de la insuficiencia cardíaca en este grupo de niños está relacionada con la duración más prolongada de la taquicardia en comparación a los niños de mayor edad.

La mayoría de los niños de este grupo no presentaban enfermedad orgánica acompañando la taquicardia.

La administración de digital a dosis relativamente grandes es el tratamiento indicado en estos casos.

Resumen de los autores.

X

APARATO DIGESTIVO

Tratamiento de colitis ulcerativa con corticotropin (ACTH) y cortisona. S. J. Gray, R. W. Reifenshtein, J. A. Benson Jr. y J. C. G. Young. J.A.M.M., (Chicago) 148: 1489 (Abril) 1952.—La administración de ACTH o cortisone a pacientes con colitis ulcerativa extensa e intratable se acompañó de remisiones significativas y a veces dramática de la sintomatología en 7 de 8 pacientes que estaban completamente invalidados por la enfermedad y que no habían respondido a otras formas de tratamiento.

Del resumen de los autores.

Operación fisiológica para el tratamiento del megacolon congénito idiopático (enfermedad de Hirshsprung). D. State. J.A.M.A. (Chicago) 149: 350 (Mayo) 1952.—Estudios de la fisiología del colon por medio de radiografías y radioscopias después de enema baritado, en 15 pacientes con megacolon congénito revelaron: a) recto de apariencia normal; b) un segmento angosto del sigmoide y porción recto sigmoidea del intestino grueso de extensión variable; c) dilatación marcada y ausencia de ondas peristálticas y de pliegues normales del colon descendente, sigmoidea y porciones variables de la parte izquierda del transversal, y d) peristaltis activa y pliegues normales del ciego y colon ascendente y lado derecho del colon transversal. Estos datos radiológicos fueron confirmados a simple vista con la laparotomía exploradora. El autor describe un procedimiento quirúrgico transabdominal en un tiempo en el cual se reseca el segmento terminal angostado del sigmoide y las porciones del colon que no muestran actividad peristáltica radiológicamente. La porción restante del intestino grueso se anastomosa a la parte superior del recto, 6 a 10 cm., por arriba del ano. La operación descrita fué llevada a cabo en 15 pacientes sin ninguna muerte. Catorce de éstos se beneficiaron grandemente con la operación, pero el otro ha tenido que recurrir a enemas en varias ocasiones desde la operación.

Del resumen del autor.

XI

ENFERMEDADES RENALES

Corticotrofina (ACTH) y Propionato de Testoterona en el tratamiento del síndrome nefrótico. R. Soto A., G. Gordillo P y S. Gutiérrez. Bol. Med. Hosp. Infantil (México) 9: 176 (Abril) 1952.—Se presentan tres casos de síndrome nefrótico característico, dos de ellos

probablemente puros y uno asociado a nefritis crónica, y dos casos de síndrome nefrótico no característico en el curso de una glomérulo nefritis crónica. Estos cinco casos fueron tratados con 17-metil-androstaniol y propionato de Testosterona y Corticotrofina (ACTH).

El propionato de testosterona y el 17-metil-androstaniol no alteraron las condiciones clínicas de los pacientes, salvo la desaparición transitoria del edema del último caso, pero modificaron significativamente el patrón proteico, elevando la gamma-globulina en los dos primeros casos y bajando también la B-globulina, y quizás en el tercero. No en los dos últimos, ya que estas fracciones globulínicas eran normales.

La Corticotrofina (ACTH) provocó diuresis, desaparición del edema, mejoría de los signos urinarios y elevación notable de las proteínas sanguíneas y de la seroalbúmina con descenso del colesterol, quedando así casi normalizado el patrón proteico sanguíneo del nefrótico, en los dos primeros casos y quizás en el tercero tardíamente y no tuvo efecto en los dos últimos.

Estas modificaciones persistieron por tres meses en el primer caso; persisten en el segundo caso, dos meses después de terminado el tratamiento, y un mes después en el tercer caso.

Los autores creen que puede ser de utilidad el empleo combinado de propionato de testosterona o 17 metil-androstaniol y Corticotrofina (ACTH) en el tratamiento de síndrome nefrótico característico puro o asociado a la nefritis no muy avanzada, sin olvidar que las remisiones que se logren son transitorias.

Resumen de los autores.

XII

NEUROLOGIA — PSICOLOGIA — PSIQUIATRÍA

La Roentgenterapia en el tratamiento del hidrocéfalo, E. ORLANDI y G. PREVEDI. Il Lattante (Parma). 23:258 (Mayo) 1952. — La aplicación de radioterapia a los plexos coideos de 25 niños con hidrocefalia congénita o a consecuencia de meningitis tuberculosa, produjo mejoría de los síntomas en 11 casos. En 3 casos, después de mejoría transitoria, la enfermedad se hizo estacionaria. En 11 casos, todos de meningitis T. B. C., la enfermedad prosiguió su curso fatal; en estos casos, después de una mejoría inicial transitoria, se observó un agravamiento de todos los síntomas, que culminó con la muerte del paciente.

Los autores concluyen en la eficacia de la radioterapia en la hidrocefalia, especialmente si se instituye temprano.

Tovar-Escobar.



al servicio de la infancia

Fiel al principio que caracteriza su actividad desde hace más de tres cuartos de siglo, NESTLÉ pone a disposición de la Clase Médica, para la alimentación y dietética infantil, una serie completa de especialidades cuidadosamente estudiadas y controladas.

PELARGÓN

leche ácida en polvo

LACTÓGENO

leche modificada en polvo

NESTÓGENO

leche semidescremada y azucarada en polvo

LECHE CONDENSADA

« NESTLÉ »

parcialmente deshidratada y azucarada

ELEDÓN

babeurre en polvo

NIDO

leche en polvo sin modificar

AROBÓN

especialidad antidiarreica a base de harina de pulpa de algarroba (Ceratonia Siliqua)

NESTARGEL

especialidad antiemética a base de harina de semillas de algarroba

MALTOSA-DEXTRINA

« NESTLÉ »

azúcar nutritivo para lactantes

SINLAC

para el cocimiento farináceo

CERELAC

para la papilla

NESTUM

la fórmula moderna del alimento a base de cereales previamente cocidos

ALIMENTOS

HOMOGENEIZADOS

« NESTLÉ »

frutas, vegetales, carnes y postres

MILO

alimento tónico fortificante



NESTLÉ

*Una gran industria
al servicio
de la Pediatría*





al servicio de la infancia

Fiel al principio que caracteriza su actividad desde hace más de tres cuartos de siglo, NESTLÉ pone a disposición de la Clase Médica, para la alimentación y dietética infantil, una serie completa de especialidades cuidadosamente estudiadas y controladas.

PELARGÓN

leche ácida en polvo

LACTÓGENO

leche modificada en polvo

NESTÓGENO

leche semidescremada y azucarada en polvo

LECHE CONDENSADA

« NESTLÉ »

parcialmente deshidratada y azucarada

ELEDÓN

babeurre en polvo

NIDO

leche en polvo sin modificar

AROBÓN

especialidad antidiarreica a base de harina de pulpa de algarroba (Ceratonia Siliqua)

NESTARGEL

especialidad antiemética a base de harina de semillas de algarroba

MALTOSA-DEXTRINA

« NESTLÉ »

azúcar nutritivo para lactantes

SINLAC

para el cocimiento farináceo

CERELAC

para la papilla

NESTUM

la fórmula moderna del alimento a base de cereales previamente cocidos

**ALIMENTOS
HOMOGENEIZADOS**

« NESTLÉ »

frutas, vegetales, carnes y postres

MILO

alimento tónico fortificante

mal eficientemente; enviando el caso a un centro especializado, cuando se trate de un caso patológico.

La UNICEF provee a las alumnas, además, de los elementos indispensables para la asistencia del parto, a fin de que puedan ser abandonados métodos impropios y antihigiénicos.

Instrucción adecuada de las Comadronas, y la asistencia del parto en condiciones más higiénicas, permitirá disminuir la crecida mortalidad infantil y materna.

L. Imber.

INSTITUTO DE INVESTIGACION PEDIATRICA

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Secretario: Dr. Miguel Raga Mendoza.

Vocales: Dr. Pastor Oropeza, Dr. Espíritu Santos Mendoza, Dr. José Barnola, Dr. L. Potenza, Dr. Ernesto Vizcarrondo.

CONSEJO TECNICO

Director: Dr. Fernando Rubén Coronil.

Departamento Médico:

Dr. G. Tovar-Escobar.

Dr. Miguel Raga Mendoza.

Jefe del Departamento de Bacteriología y Hematología: Dr. José Barnola.

Jefe del Departamento de Química Biológica: Dr. J. A. Cartaya.

Jefe del Departamento de Publicaciones y Estadística: Dr. Ernesto R. Figueroa.

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica: Dr. L. Potenza.

PERSONAL TECNICO

Mildred Feo: Técnica de Laboratorio.

Bertha L. de Majo: Técnica de Laboratorio.

Delfina Galavis: Enfermera.

Mercedes Monroy: Secretaria-Bibliotecaria.

Ministerio de Sanidad

Divisiones Materno Infantil y

Uso de los an en la prácti

por el Dr. G. To

Caracas

dad y Asistencia Social

il y de Educacion Sanitaria.

antibióticos

tica clínica

Tovar Escobar

s 1953

Uso de los antibióticos en la práctica clínica

por el Dr. G. Tovar Escobar

Los recientes progresos de la quimioterapia, sin paralelo en la historia de la medicina, han puesto en nuestras manos la solución de muchos problemas en el tratamiento de las infecciones.

Por su baja toxicidad, fácil manejo y por su comprobada eficacia, las nuevas drogas antibióticas han sido recibidas con gran entusiasmo por la profesión médica y el público. Su uso se ha generalizado con gran rapidez y los beneficios obtenidos se han dejado sentir en muchos cuadros patológicos que anteriormente carecían de tratamiento específico adecuado. La quimioterapia y los antibióticos han revolucionado la práctica médica, siendo causa directa de reducciones marcadas en el curso y mortalidad de gran número de enfermedades.

Sin embargo, la rápida generalización del uso de los antibióticos ha creado nuevos problemas de orden práctico y científico, acerca de los cuales queremos llamar la atención, pues amenazan destruir los beneficios y anular la acción de las maravillosas drogas que hoy poseemos.

En nuestro país el problema se presenta de una manera muy aguda por condiciones particulares del medio como son: la abundancia del producto en el mercado (por la riqueza de divisas), el empirismo, el amor de la novedad y la costumbre inveterada de la automedicación. Con decir "daño no le hace", descargan su conciencia quienes usan de los nuevos medicamentos, sin haberse cuidado de obtener los conocimientos necesarios acerca de sus efectos y modos de acción. Como veremos en el curso de esta exposición, sí puede hacerse daño con el uso empírico de los antibióticos, amén del elevado costo que representa para el país la enorme cantidad de dichas drogas que se malgastan irresponsablemente.

Hemos de considerar de seguidas los problemas más importantes que han aparecido con el uso de los antibióticos y luego haremos algunas consideraciones de orden práctico.

1. NUEVOS PROBLEMAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- a) Aumento de la incidencia de infecciones resistentes a los antibióticos.

El aumento de la incidencia de infecciones re-

sistentes a las drogas antibióticas se debe a un efecto de selección por eliminación creciente de las cepas sensibles y la aparición, dentro de la población bacteriana, de variantes resistentes. Son conocidas de todos las infecciones gonocócicas resistentes a los sulfamidados, la resistencia creciente del estafilococo a la penicilina y la elevada resistencia a la estreptomina que pueden adquirir rápidamente todas las especies bacterianas.

La resistencia del estafilococo a la penicilina se debe a la producción por parte de este microorganismo de una enzima, inhibidora, la penicilinasasa.

En varias ocasiones se ha observado que algunas bacterias adquieren resistencia creciente en el organismo, en el curso de tratamientos prolongados que no llegan a erradicar completamente la infección.

No es aventurado afirmar que el uso generalizado de la penicilina, a menudo en dosis inadecuadas, llegará a producir eventualmente cepas resistentes en otros gérmenes además del estafilococo.

La mayoría de las bacterias son capaces de adquirir rápidamente resistencia a la estreptomina y una vez adquirida, la resistencia a la estreptomina es permanente. De ahí que no sea imposible que en el futuro la mayoría de las cepas sensibles haya adquirido resistencia contra este antibiótico despojándolo así de toda utilidad.

No es raro el hallazgo de cepas estreptomicino-resistentes de *B. aerogenes* y de otros bacilos coliformes, en las orinas de pacientes que nunca han recibido la droga. Esto puede significar que dichos gérmenes han sido diseminados por pacientes tratados. A causa de esto hay quienes opinan que la estreptomina debe reservarse exclusivamente para el tratamiento de la tuberculosis, para preservar así, en lo que fuere posible, su totalidad en esta enfermedad.

En un principio se creyó que las bacterias sensibles no se hacen resistentes a la cloromicetina, aureomicina y terramicina. Sin embargo ya se han publicado casos de resistencia clínica a la aureomicina y cloromicetina. Experimentos con cepas resistentes a estas drogas sugieren que los gérmenes que se hacen resistentes a una de las tres, tam-

bién muestran resistencia contra las otras dos, pero no contra la estreptomycin. Parece ser que hay dos tipos diferentes de resistencia, el tipo estreptomycin, en que la resistencia completa puede ser producida por un solo cambio genético y el tipo penicilina en que la resistencia completa requiere una serie múltiple de pasos genéticos. La resistencia a la aureomicina, cloromicetina, terramicina y neomicina parece ser de este último tipo.

b) Dependencia

La resistencia antibiótica que adquieren algunas bacterias llega a veces al extremo de necesitar la presencia del antibiótico en el medio para su continua subsistencia.

Este extraño fenómeno de la dependencia ha sido observado en gérmenes aislados de las orinas de enfermos tratados con estreptomycin. Algunas de las cepas no se pueden cultivar sino en medios que contengan estreptomycin. Teóricamente es posible que un enfermo infectado con una cepa dependiente, pueda empeorarse al ser tratado con esta droga y mejorar al interrumpirse el tratamiento. En el laboratorio se ha podido probar que cepas de meningococos, *M. tuberculosis*, *E. coli*, *Pseudomonas* y otros, se hacen dependientes de la estreptomycin y se ha encontrado una cepa de bacilo de Friedlander que depende para su crecimiento de la cloromicetina.

c) Estimulación

Aún más importante que la dependencia —por su gran peligro potencial— es el fenómeno de la estimulación bacteriana. Es el grado sumo de resistencia bacteriana en que el crecimiento de los gérmenes en vez de ser suprimidos, es por el contrario estimulado por el agente antibiótico originalmente activo.

Hay evidencia de que esto resulta de la exposición a dosis subletales de la droga y por lo tanto puede ser una simple expresión de la regla de Arnold-Schulze de que los venenos son estimulantes a pequeñas dosis. Es sumamente inquietante el hecho de que los antibióticos puedan comportarse de la misma manera.

Garrod ha demostrado *in vitro*, que en medios de cultivo adicionados de penicilina hay un crecimiento de cepas bacterianas penicilino resistentes mejor que en los medios ordinarios. Igualmente en animales de experimentación se han encontrado algunos casos en los que se ha sospechado la estimulación. Por último se ha encontrado también, que el tratamiento con penicilina aumenta la mortalidad en ratones infectados con *Salmonella typhi* y lo mismo se ha observado con *Candida albicans*.

d) Sobre infecciones

Con creciente frecuencia se observa el caso

de la aparición de infecciones secundarias o sobre-infecciones en el curso del tratamiento antibiótico de las enfermedades infecciosas, es decir, que cuando el germen sensible al antibiótico es eliminado por la droga, parece que su puesto es ocupado por una bacteria resistente. A este respecto se han observado tres tipos de situaciones diferentes: a) cambio de flora, con aparición de gérmenes patógenos no susceptibles al antibiótico usado, b) exacerbación de infecciones latentes, c) infecciones generalizadas provocadas por gérmenes de patogenidad baja o comúnmente considerados como no patógenos.

Está claramente comprobado que el tratamiento antibiótico puede producir modificaciones marcadas de la flora bacteriana en varias regiones del organismo. El cambio en la flora bacteriana es independiente del efecto del antibiótico sobre el agente etiológico específico de una infección. Así, cuando se administra penicilina, las bacterias susceptibles y gram positivas pueden desaparecer de la boca y nasofaringe, pudiendo aislarse entonces gérmenes no sensibles y gram negativos. Cuando se usa estreptomycin sucede lo contrario, desaparecen los gérmenes sensibles gram negativos y solamente subsisten los gram positivos. Después de la administración de aureomicina, terramicina o cloromicetina todos los gérmenes susceptibles gram positivos y gram negativos pueden desaparecer, dejando entonces solamente monillas, otras bacterias no sensibles o levaduras.

En muchos casos estos cambios de la flora bacteriana local carecen de importancia pues no producen consecuencias desfavorables. En otros casos sin embargo pueden aparecer sobre-infecciones. Estas nuevas infecciones pueden aparecer de una de las siguientes maneras: 1) pueden introducirse nuevos gérmenes desde afuera (contactos, inyecciones, punción lumbar, etc.) 2) pueden multiplicarse rápidamente gérmenes no sensibles que estaban presentes pero en escaso número y que florecen luego que los gérmenes sensibles han sido eliminados, pudiendo así invadir los tejidos y aún provocar infecciones generalizadas.

Wenstein ha reportado casos de neumonía a estafilococos, bacteriemia y pielonefritis debidas a estafilococos, en pacientes con una infección original a *Hemophilus influenzae* y que fueron tratados con estreptomycin. Bacterias coliformes han reemplazado la flora normal de la garganta durante tratamientos locales con penicilina. Después del uso de penicilina, aureomicina y cloromicetina se han observado infecciones orales, intestinales, broncopulmonares, genitales, cutáneas y generalizadas provocadas por monillas. Durante el tratamiento de las neumonías a neumococos, con penicilina, los bacilos gram negativos parecen haber asumido el papel de patógenos sustitutos.

Todavía no sabemos qué papel pueda jugar el uso generalizado de la penicilina en el aumento

marcado que hemos observado en la incidencia del *Hemophilus influenzae*, como agente causal de meningitis infantiles. Pero no está demás recordar que Fleming usaba medios de cultivo que contenían penicilina, para aislar el *H. influenzae* del esputo y cultivos de la garganta. La penicilina eliminaba los gérmenes susceptibles del cultivo, permitiendo así la multiplicación del *H. influenzae* no sensible. Sin la ayuda de la penicilina el *H. influenzae* no se multiplicaba en presencia de cocos contaminantes. Es muy probable que estas substituciones puedan ocurrir en el organismo. No es raro observar un paciente con neumonía tratado con penicilina, cuyo esputo, después de algunos días da un cultivo puro de *H. influenzae*. El progreso clínico del paciente se interrumpe y parece probable que se trata de una repetición *in vivo* del experimento de Fleming.

Sería interesante estudiar el efecto del tratamiento con penicilina en casos de diarreas agudas parenterales cuando no se asocia una droga activa contra los gérmenes gram negativos. Teóricamente debería agravarse la condición clínica del enfermo por exacerbación de la flora intestinal oportunista cuyo papel patógeno ha sido claramente establecido.

Garrod menciona un paciente con un absceso pulmonar a estafilococos (sin bacilos tuberculosos en el esputo) que murió, un mes después de instituido el tratamiento con penicilina, de tuberculosis pulmonar fulminante y anota varios casos de exacerbación de focos tuberculosos desconocidos o quiescentes.

e) Antagonismo y sinergismo antibiótico

Desde que se dispuso de varios agentes antibióticos efectivos se han usado combinaciones de uno o más en la clínica. Estas asociaciones están indicadas en casos de infecciones graves producidas por gérmenes resistentes, siempre que los antibióticos usados tengan acción sinérgica. El peligro de las asociaciones está en el hecho demostrado de que ciertos antibióticos interfieren con la acción de otros y los anulan.

De ahí la necesidad por parte del clínico de conocer las asociaciones sinérgicas de utilidad clínica y también los antagonismos que deben evitarse.

Se ha demostrado que la cloromicetina interfiere con la acción de la penicilina, tanto *in vitro* como en infecciones experimentales en conejos. Se sabe que la penicilina es bactericida y actúa probablemente sobre gérmenes que se están multiplicando activamente. La cloromicetina, por otra parte, es bacteriostática y suprime los gérmenes impidiendo su activa multiplicación. Si los dos antibióticos nombrados se aplican simultáneamente se

le niega a la penicilina las condiciones óptimas para su acción. Es bueno anotar que en las infecciones clínicas no se ha demostrado aún claramente esta acción antagonista.

La aureomicina y la terramicina también poseen acción supresiva mientras que la estreptomina en concentraciones elevadas es principalmente bactericida para formas en reposo, que se multiplican muy lentamente.

La aureomicina, la cloromicetina y la terramicina pueden interferir con la acción de la estreptomina *in vitro* y en infecciones experimentales en el conejo. El antagonismo es más marcado con la cloromicetina que con los otros dos agentes. Es un fenómeno unilateral que puede observarse solo con micro-organismos susceptibles a la acción de la estreptomina.

Es bien sabido que la mayoría de las poblaciones bacterianas infectantes contienen colonias de multiplicación rápida y de multiplicación lenta. Esto hace que sea lógico y racional la administración simultánea de penicilina y estreptomina. Esta combinación ha probado su efectividad clínica en la endocarditis a enterococos que no responde bien a ninguna de las dos drogas cuando son administradas por separado.

Robbins y Tompsett opinan que a la luz de los actuales conocimientos la combinación de penicilina con estreptomina es la única forma legítima de terapia antibiótica combinada.

f) Toxicidad.

Las reacciones tóxicas consecutivas a la administración de penicilina, estreptomina o dihidroestreptomina son bien conocidas. Las reacciones debidas a la sensibilización de los pacientes a estos tres antibióticos parecen estar en aumento, y hay que recordar que la estreptomina y dihidroestreptomina pueden causar lesiones ventriculares y sordera permanente.

La aureomicina produce náuseas, vómitos y evacuaciones fluidas. Se han notado dermatitis locales consecutivas a la aplicación del ungüento. Raramente se ha notado fiebre medicamentosa. La cloromicetina produce náuseas, vómitos y evacuaciones líquidas, pero en menor grado que la aureomicina. Durante el tratamiento se ha observado una erupción descamativa, fiebre medicamentosa e hipoplasia granulocítica y eritrocítica. La terramicina provoca náuseas, vómitos y diarrea en cierto número de pacientes. La severidad de los síntomas parece estar relacionada con la dosis. Se han reportado erupciones cutáneas y fiebre medicamentosa. La aureomicina, cloromicetina y terramicina pueden todas, causar irritación de la boca y lengua con dolor y ulceraciones.

II INDICACIONES Y DOSIS

Nuestros conocimientos acerca de los antibióticos se modifican constantemente, lo que hace sumamente difícil definir en un momento determinado las indicaciones y dosificación en la práctica clínica diaria. Esto trae gran confusión y sin número de abusos. Creemos que sería de utilidad la publicación periódica de pautas, que a riesgo de parecer arbitrarias, agrupen ciertos métodos de dosificación y tratamiento de una manera sencilla y práctica, de manera que podamos mantener presentes los principios importantes de la terapéutica antibiótica.

En el cuadro I se anotan las dosis recomendadas de los antibióticos más usuales y en el cuadro II las indicaciones de acuerdo con los conocimientos actuales.

El antibiótico de elección

Trataremos de resumir las ideas actuales acerca de la selección y uso de los antibióticos. Estas indicaciones están constantemente sujetas a revisión; pero hay sin embargo ciertas reglas fundamentales que el médico debe tener presente: (Long y col. *Lancet*).

1.—Es necesario usar dosis adecuadas. Se debe tratar de controlar la infección tan rápidamente como sea posible. Esto es especialmente importante en el tratamiento de infecciones graves o fulminantes.

2.—No hay que exagerar el tratamiento. Los antibióticos son a menudo de costo elevado y todos pueden provocar reacciones tóxicas. Es necesario observar cuidadosamente la respuesta clínica y las modificaciones de los exámenes de laboratorio en el curso del tratamiento antibiótico de una infección. Cuando a juicio del médico la infección está controlada, el tratamiento debe ser suspendido.

3.—Recordar que en la mayoría de los casos los resultados favorables deben observarse rápidamente. Por regla general se puede decir que al cabo de dos o tres días de tratamiento no se han obtenido resultados apreciables, el médico debe dudar de la utilidad de continuar el tratamiento con el antibiótico que está siendo usado en el caso particular.

4. El paso que los organismos infectantes desarrollan rápidamente resistencia a la estreptomycin y menos frecuentemente a la penicilina, rara vez adquieren resistencia similar a la aureomicina, cloromicetina y terramicina.

5.—En las infecciones muy graves o fulminantes es bueno asociar dos o más antibióticos de acción sinérgica que sean activos contra el germen

en causa.

6.—No se debe prescribir antibióticos de una manera empírica a ver si produce algún efecto. Deben ordenarse solamente cuando hay indicaciones racionales para su uso. Muy a menudo se emplean antibióticos si ninguna razón lógica. Esta práctica aumenta el costo del tratamiento médico para el paciente o el contribuyente, aumenta las probabilidades de sensibilización al antibiótico y no beneficia a nadie.

Las indicaciones de cada antibiótico particular sólo se pueden resumir en forma general, pues generalmente hay varios antibióticos activos contra el mismo germen.

PENICILINA

Está indicada en infecciones producidas por cocos gram positivos, gonococos y treponemas. Su efecto es nulo o muy débil contra todos los bacilos gram negativos.

ESTREPTOMICINA

Activa contra infecciones tuberculosas e infecciones producidas por bacilos gram negativos. El efecto contra el treponema y microorganismos gram positivos es mucho menor que el de la penicilina.

AUREOMICINA, CLOROMICETINA, TERRAMICINA.

Activas contra organismos gram positivos, gram negativos y algunas infecciones a virus y rickettsias. La aureomicina es más activa contra gérmenes gram positivos y la cloromicetina contra gram negativos. La cloromicetina es la droga de elección en la fiebre tifoidea y paratifoidea y probablemente en otras infecciones a salmonelas.

En el cuadro I aparecen los agentes antimicrobianos recomendados en varias infecciones de acuerdo con los datos que tenemos a la mano, indicando el agente de primera y segunda preferencia en la práctica clínica.

Se prefiere la penicilina para infecciones causadas por estreptococo hemolítico a pesar de que la aureomicina y terramicina han dado resultados satisfactorios. En la neumonía o empiema a neumococos se pueden emplear penicilina, aureomicina o terramicina. Es posible que la aureomicina o terramicina sean superiores a la penicilina, en estos casos, pues controlan infecciones bacterianas gram negativas al mismo tiempo. La cloromicetina posiblemente sea también activa en estas infecciones pero todavía no ha sido usada en suficiente número de casos. En la meningitis y endocarditis por neumococos hay que dar la preferencia a la penicilina, pues la dosis puede ser aumentada sin lími-

tes si es necesario. Las infecciones estafilocócicas responden bien a la aureomicina y también a la penicilina, con excepción de los raros casos de resistencia marcada. En estas infecciones la cloromicetina y terramicina aún no han sido ensayadas extensamente.

La penicilina es la droga principal en la endocarditis por estreptococos alfa y gama. En algunos casos individuales se prefiere la aureomicina y estreptomycin. Cuando el germen es resistente en alto grado a los antibióticos individualmente, se debe ensayar la terapia combinada.

En las infecciones a gonococos son efectivas la penicilina, aureomicina, cloromicetina y terramicina. En la meningitis a meningococos se recomienda el uso combinado de sulfadiazina y penicilina. El suero específico ha caído en desuso. Hoy en día se recomienda gantrisin en lugar de sulfadiazina por su gran solubilidad.

La cloromicetina es la droga de elección en la fiebre tifoidea y paratifoidea y probablemente en otras salmonelosis. La aureomicina es efectiva pero en menor grado.

Para la disentería bacilar, la sulfadiazina ha probado ser la droga más adecuada y superior a

AGENTES ANTIMICROBIANOS RECOMENDADOS EN VARIAS INFECCIONES

INFECCION	AGENTE	
	1ª Preferencia	2ª Preferencia
Infecciones a cocos		
Estreptococo beta hemolítico (inf. por).....	P	A. o T.
Neumonía y empiema a neumococos.....	P. o A. T.	C
Meningitis y endocarditis neumococcica.....	P	—
Estafilococos (infecciones por).....	A. o P.	—
Endocarditis a estreptococos Alfa y Gama...	P	A. C. T. o S. *
Gonococos (infección por).....	P. o A. C. T.	—
Meningitis meningococcica.....	S. más P.	—
Infecciones bacilares		
Tifoidea y salmonelosis.....	C	A.
Shigelosis.....	S.	A. C. o T.
Coli, aerogenes e infecciones urinarias a gram negativos.....	A. C. o T.	E. más S.
Infecciones a Proteus.....	E.	C
" a Pseudomonas.....	A.	E. o C.
" a Klebsiella.....	A. o C.	E. más S.
Tosferina.....	A. C. o T.	—
H. influenzae.....	S. más C. o E.	—
Brucelosis.....	A. más E.	A. C. o T.
Tularemia.....	A. o C.	E.
Gangrena gaseosa.....	P. más suero específico.	—
Tuberculosis.....	E. más PAS o promizole	—
Granuloma venéreo.....	E.	—
Enfermedades a virus y rickettsias		
Rickettsiosis.....	A. C. o T.	—
Linfogranuloma venéreo.....	A. o T.	—
Neumonía a virus.....	A. C. o T.	—
Herpes Zoster.....	A. C. o T.	—
Psitacosis.....	A.	—
Espiroquetosis		
Sífilis.....	P	A. o C.
Buba.....	P	—
Carate.....	P	—

* Es deseable la terapia combinada.

CLAVES SIMBOLOS

S.—Sulfamidados
P.—Penicilina
E.—Estreptomycin
A.—Aureomicina
C.—Cloromicetina
T.—Terramicina
PAS.—Acido para-amino salicilico

los sulfamidados no absorbibles. Los nuevos antibióticos aún no han sido ensayados en estudios controlados.

Puesto que muchas infecciones urinarias son de naturaleza leve y fáciles de controlar, se recomienda dar preferencia para su tratamiento inicial a los sulfamidados, reservando los nuevos antibióticos para casos de mayor gravedad o rebeldes al tratamiento. En los casos en que un antibiótico individual fracasa, puede erradicarse la infección con la terapia combinada.

Cuando el agente causal es un proteus o pseudomonas (piocianico) la aureomicina y terramicina son raramente eficaces. En algunos de estos casos la estreptomina u ocasionalmente la cloromicetina, pueden eliminar la infección.

Las infecciones por Klebsiella (Friedlander) responden bien a la aureomicina y cloromicetina. No se recomienda la estreptomina como droga de primera preferencia pues debido a lo prolongado del tratamiento, pueden producirse lesiones del estomago.

El curso de la tosferina aparente, se acorta por el uso de aureomicina, cloromicetina o terramicina. En la meningitis por H. influenzae se recomienda la administración asociada de sulfadiazina sódica en solución al 5%, por vía subcutánea y estreptomina o cloromicetina. No se recomienda la terapéutica intrarraquídea en estos casos. La acción de la aureomicina y terramicina aún no han sido suficientemente estudiadas. En los casos muy graves se puede usar la asociación de sulfá y estreptomina con uno de los nuevos antibióticos.

La brucelosis responde a todos los tres nuevos antibióticos pero los estudios experimentales y las investigaciones clínicas preliminares, indican que se obtienen los mejores resultados con la combinación de aureomicina estreptomina.

En la tularemia la aureomicina, terramicina y cloromicetina son efectivos.

El tratamiento antibiótico de la gangrena gaseosa no ha dado resultados muy halagadores. Por el momento la mejor terapéutica disponible es la combinación de penicilina y suero específico.

En la tuberculosis los mejores resultados se obtienen asociando a la estreptomina el ácido paraaminosalicílico, promizole o una sulfona similar.

Todas las infecciones a rickettsias aparentemente responden igualmente bien a la aureomicina, cloromicetina y terramicina. Lo mismo se puede decir de la neumonía atípica primaria y del herpes zoster. En la psittacosis son efectivas la aureomicina y la penicilina.

A pesar de que la aureomicina y cloromicetina han demostrado tener acción, por el momento, la penicilina es la droga de elección para la sífilis, buba y carate. Los tres nuevos antibióticos son recomendados en la amibiasis.

Combinación de agentes antimicrobianos

La combinación de agentes antimicrobianos puede justificarse en casos muy graves en que la infección no responde bien a los agentes individualmente. Debe preferirse el uso de agentes que manifiesten acción sinérgica como la penicilina y estreptomina y evitar los antagonismos.

La terapéutica combinada es de uso delicado, y puede dar resultados negativos o contraproducentes cuando no se apoya en un diagnóstico clínico y bacteriológico correcto y en un conocimiento adecuado de las propiedades sinérgicas o antagónicas de los diferentes agentes antimicrobianos. Su uso no es recomendable en la práctica clínica corriente y debe restringirse a casos especiales y nunca con la teoría de que si un antibiótico puede producir algún efecto, dos o tres pueden producir uno mayor.

DOSIFICACION

No nos extenderemos mucho acerca de la dosificación de varias preparaciones de antibióticos puesto que es este asunto bastante bien conocido. Sin embargo vale la pena discutir algunos puntos.

PENICILINA

Con la introducción de la penicilina procaina G el uso de la penicilina cristalina G puede reservarse para algunas infecciones muy graves. Cuando se emplea en esta forma debe darse a dosis de 25.000 u. y más por vía intramuscular a intervalos de 3 horas día y noche, hasta que ceda la infección. En vista de la falta casi completa de toxicidad o de peligro de dosis excesivas, no es necesario computar la dosis en niños a base del peso y se puede permitir una gran latitud en el establecimiento de la dosis rutinaria diaria. La dosis aproximada puede calcularse a base de 5.000 a 10.000 u. por Kg. de peso en 24 horas para lactantes y niños jóvenes.

Entre las penicilinas procainas la más valiosa es la de 300.000 u. de penicilina procaina G a la que se ha añadido 100.000 unidades de penicilina cristalina G. Se puede administrar por inyección intramuscular en suspensión acuosa a la dosis de 300.000 u. o más a intervalos de 8 a 24 horas de acuerdo con la gravedad de la infección. Combina las características de las terapias continua e intermitente y es una buena preparación para usar en muchas infecciones graves y en casi todos los casos de infecciones moderadas que son susceptibles a la acción bactericida de la penicilina. También produce relativamente pocas reacciones. En niños que pesan menos de 11 Kg., la dosis debe ser de

150.000 u., una vez cada 24 horas.

La penicilina procaína G en aceite vegetal con 2% de monoestearato de aluminio, es una preparación menos útil. La dosis usual diaria por vía intramuscular es de 300.000 — 600.000 u. Como la penicilina se libera muy lentamente se encuentran niveles apreciables (pero no necesariamente terapéuticos) en la sangre hasta 3 días después de la administración de una dosis única. Esta preparación puede usarse en la profilaxia de ciertas infecciones, en el tratamiento de infecciones leves susceptibles a la penicilina y especialmente en la sífilis. Con excepción de la sífilis esta preparación puede usarse por vía intramuscular a intervalos de 48 a 72 horas.

No es recomendable el uso de preparaciones de penicilina para administración por vía oral, para el tratamiento de infecciones graves, moderadamente graves y aún leves, por ser la vía menos indicada y muy costosa.

ESTREPTOMICINA

Actualmente se cree que la dihidroestreptomicina no ofrece ventajas especiales sobre la estreptomina a las dosis usuales y que ambas son de uso limitado, excepto en la tuberculosis. Esto, porque los micro-organismos rápidamente se hacen resistentes a los efectos antibacterianos de estos dos antibióticos y a causa de que ambos puedan provocar reacciones tóxicas graves y duraderas. En el tratamiento de la tuberculosis las dosis han sido rebajadas. Así, con excepción de la tuberculosis miliar y en la meningea, la dosis recomendada es de 0,5 gm., por inyección intramuscular cada 12 horas, por 42 días a lo menos. En la tuberculosis miliar o meningea la dosis recomendada es de 0,75 gm., cada 12 horas durante 90-120 días. En la tuberculosis se recomienda asociar a la estreptomina el ácido para-aminosalicílico (P. A. S.) o una sulfona.

AUREOMICINA

La dosis recomendada hoy es más baja que anteriormente. Además la dosis inicial más fuerte ha sido suprimida. Para niños la dosis total recomendada por vía oral es de 10 mg., por Kg., de peso en las 24 horas dividida en 4 dosis, administrada cada 6 horas. En el adulto se usa comúnmente 0,5 gm., cada 6 horas.

CLOROMICETINA

La dosis usual para niños por vía oral es de 20-45 mg. por Kg. de peso cada 24 horas, en dosis divididas cada 6 u 8 horas. En el adulto 1 gm., cada 6 — 8 horas.

TERRAMICINA

En niños, 25-35 mg., por Kg. de peso por vía oral en dosis divididas cada 6-8 horas. En el adulto 0,5 gm., cada 6 horas.

Actualmente se dispone de preparaciones para uso intravenoso de aureomicina y terramicina, y está en estudio una preparación para uso intravenoso e intramuscular de cloromicetina. Estas preparaciones son de uso delicado y deben delimitarse al tratamiento de infecciones graves o fulminantes, siguiendo fielmente las instrucciones que acompañan los frascos.

USO LOCAL TOPICO

El empleo de antibióticos como agentes tópicos es generalmente innecesario y a menudo peligroso. El uso local puede provocar fácilmente sensibilización.

Las preparaciones para aplicación local en la boca o garganta en forma de pastillas azucaradas para disolver en la boca, contienen cantidades muy bajas de las drogas que las hacen infectivas y peligrosas pues provocan trastornos en el equilibrio de la flora de la nasofaringe, con la consiguiente producción de cepas resistentes y sobre infecciones por hongos o bacterias no sensibles que pueden ser graves y aún mortales.

III Uso de los antibióticos en infecciones no diagnosticadas bacteriológicamente.

Como se desprende de las consideraciones que anteceden, el uso racional de los antibióticos se basa en un diagnóstico clínico y bacteriológico correcto y en ciertos casos en la determinación de la sensibilidad antibiótica de la cepa del germen aislado del paciente.

En medios especializados que gozan de facilidades de laboratorio adecuadas, estas condiciones pueden cumplirse a cabalidad sin grandes dificultades; no así en el medio rural donde el médico careciendo de la valiosa ayuda del laboratorio debe guiarse casi exclusivamente por su experiencia.

Las consideraciones que anotamos a continuación están dirigidas a estos colegas y son fruto de la experiencia en el campo de la pediatría.

a) Infecciones del aparato respiratorio alto.

El catarro común y la gripe no son reductibles por la terapéutica antibiótica. En estas enfermedades el uso de los antibióticos debe restringirse al tratamiento de complicaciones secundarias. En caso de complicación y en ausencia de comprobación bacteriológica, se debe preferir un antibiótico con un amplio espectro antibacteriano como aureomicina o terramicina o los sulfamidas. El uso

rutinario de la penicilina en estos casos no tiene justificación y puede ser peligroso, pues su acción se limita a los gérmenes gram positivos. Tampoco se recomienda el uso en estos casos, de preparaciones que contengan estreptomina por el peligro de la producción de cepas resistentes.

En el tratamiento de las amigdalitis, rinofaringitis y laringitis hay que recordar que muchas de estas infecciones son benignas y de curso limitado. Cuando por la agudeza de los síntomas y ataque del estado general del enfermo se considere necesario el uso de agentes antibióticos, recomendamos seguir las mismas indicaciones del párrafo anterior es decir, preferir la sulfadiazina o un antibiótico de espectro antibacteriano amplio. Tenemos la impresión, que nos ha sido confirmada por varios colegas pediátricos y otorrinolaringólogos, de que se obtienen más rápidos y mejores resultados en las amigdalitis agudas purulentas con el uso de sulfamidas que con antibióticos. Esto tiene además la ventaja de su fácil administración y bajo costo. El peligro potencial de toxicidad se reduce en tratamientos de corta duración y el uso de preparaciones trivalentes.

Cuando se decida usar el tratamiento antibiótico en infecciones del aparato respiratorio alto, la droga debe administrarse a las dosis y por las vías usuales, por leve que sea la infección. En ningún caso debe recomendarse el uso de preparaciones que contengan concentraciones muy bajas de antibióticos en vehículo azucarado para ser disueltos en la boca, esto por razones en que ya hemos abundado.

- b) Laringotraqueitis y traqueobronquitis aguda con síntomas obstructivos.

En vista de que se ha comprobado que muchas infecciones agudas de este tipo son provocadas por el H. Influenzae, germen este no sensible a la penicilina, recomendamos el uso de agentes activos contra gérmenes gram-negativos. Los mejores resultados los hemos obtenido por el uso combinado de sulfadiazina y un antibiótico del grupo aureomicina, cloromicetina, terramicina.

- c) Diarreas y enteritis

La práctica corriente en el grupo pediátrico en el tratamiento de las diarreas agudas y enteritis del lactante es la administración de una preparación de sulfas de absorción rápida como la sulfadiazina. En los casos de gravedad extrema como las toxicosis, se puede permitir el uso de combinaciones de penicilina y estreptomina por vía parenteral (en dosis de 300.000 u., de penicilina procaina y 0,5 gm., de estreptomina) cada 24 horas, combinado o no a la administración de estreptomina por vía

oral en solución salina a la dosis de 0,125 gm., cada 6 horas. Todavía tenemos solo una experiencia limitada en el uso de los nuevos antibióticos.

- d) Meningitis no diagnosticadas bacteriológicamente.

Hasta que no se obtenga un diagnóstico bacteriológico seguro, el tratamiento de las meningitis agudas debe cubrir todas las posibilidades etiológicas más frecuentes. En orden de frecuencia, en nuestro medio, las causas de meningitis son: tuberculosis, H. Influenzae, neumococos y otros. En vista de esto recomendamos usar una combinación de sulfadiazina sódica al 5% por vía parenteral, estreptomina (vía intramuscular exclusivamente) y penicilina cristalina acuosa en dosis elevadas. Cuando se llegue finalmente a un diagnóstico etiológico, sea por estudios bacteriológicos o por la evolución clínica del caso, el tratamiento será modificado para llenar los requerimientos de cada caso.

No está demás insistir aquí en que este no es el método más adecuado para el tratamiento de las meningitis. Sería de desear que cada centro importante de población gozara de facilidades de laboratorio adecuadas para el diagnóstico bacteriológico, permitiendo así al médico tratar, la institución del tratamiento adecuado desde temprano. En el caso de las meningitis, esto significaría una reducción marcada en la mortalidad e invalidez por secuelas no reversibles.

- e) Enfermedades eruptivas.

No se recomienda el tratamiento antibiótico de las enfermedades eruptivas no complicadas. Su uso debe limitarse al tratamiento de complicaciones secundarias.

- f) Enfermedades venéreas

Las lesiones genitales de apariencia no sífilítica, no deben ser tratadas con penicilina hasta tanto no se haya descartado sin lugar a dudas la coexistencia de una infección sífilítica asociada. De lo contrario se corre el riesgo de suprimir las manifestaciones primarias de la sífilis y el enfermo quedar incompletamente tratado e ignorando que padece de la infección. En casos de duda es preferible diferir el tratamiento por el plazo regular de aparición de los accidentes primarios. Si el enfermo ha sido tratado con penicilina se recomienda practicarle exámenes serológicos seriados y en caso de duda, hacerle un tratamiento anti-sifilítico completo.

El uso de los antibióticos en la práctica clínica no está exento de peligros. Para evitarlos, el médico está en el deber de mantenerse al día en sus conocimientos acerca de las propiedades farmacológicas

lógicas de los antibióticos más usados, indicaciones, dosificación, toxicidad, sinergismo y antagonismo.

El uso racional de la terapéutica antibiótica presupone un diagnóstico clínico y bacteriológico correcto y nunca un medio de salir del paso "a ver si se pega".

En casos en que no se pueda llegar a un diagnóstico etiológico de una infección por falta de los auxilios del laboratorio, se justifica el uso de antibióticos para infecciones graves, utilizando las drogas de acuerdo con las reglas generales de su uso clínico.

Es imperativo que se lleve a cabo una campaña de educación del público para evitar la automedicación, hacer aún más estricta la prohibición de la venta libre y procurar la colaboración de la profesión médica en el sentido de no ordenar tratamientos antibióticos por el teléfono o sin haber examinado al enfermo.

Si no se toman medidas enérgicas para evitar el despilfarro de las drogas maravillosas de que disponemos, no sería lógico suponer que un día, la mayoría de los gérmenes se habrán hecho resistentes y nos encontraremos desarmados ante cepas especializadas carentes de toda inhibición.

BIBLIOGRAFIA

I—Obras de consulta

Antibiotics.—Florey, Chain, Heatley, Jennings, Sanders, Abraham, Florey, 2 Vol. Oxford University Press, London, New York, Toronto, 1949.

II—Trabajos de índole general

- 1) Antibiotic Therapy, E. Appelbaum y otros, J. A. M. A., 138: 119, 1948.
- 2) Antibiotics: Yesterday, Today, Tomorrow, Chester S. Keefer, Ann. of Int. Med. 33: 582, 1950.
- 3) New Problems in the Treatment of Infections Diseases, C. Phillip Miller, Ann. of Int. Med., 35: 763, 1951.
- 4) Editorial: Bacterial Versatility, Ann. of Int. Med., 36: 196, 1952.

III—Uso de los antibióticos en la práctica clínica

- 1) L'antibiotique de choix, René Martin y otros, Presse Medicale, 58: 865, 1950.
- 2) Bases expérimentales et utilisation clinique des antibiotiques, Perrin H. Long y otros, La Presse Medicale, 58: 1005, 1950.
- 3) The Experimental Background and Clinical Use of Antibiotics, Perrin H. Long y otros, The Lancet 1: 1139, 1950.
- 4) Established Use of the Antibiotics, H. F. Dowling, The Illinois Med. J., 100: 192, 1951.
- 5) Acción bactericida de la Penicilina in vivo, Harry Eagle y otros, Ann. of Int. Med., 33: 544, 1950.
- 6) Aureomycin and Chloramphenicol in Brucellosis, H. J. Harris, J. A. M. A., 142: 161, 1950.
- 7) Laboratory Observations on the Actions of Aureomycin, Circum, Polymixins B, D, and E on Endamoeba Histolytica, John Y. C. Watt y otro, The J. of Lab. and Clin. Med., 36: 741, 1950.
- 8) The Effect of Aureomycin on Endamoeba histolytica in vitro, R. Hewitt y otros, Science, 112: 144, 1950.
- 9) Terramycin, A New Antibiotic, A. C. Finlay, Science 111: 85, 1950.
- 10) The Treatment of Various Infections with Terramycin, Easton R. Caldwell y otros, The J. of Lab. and Clin. Med., 36: 747, 1950.
- 11) Treatment of Enterococcal Endocarditis and Bacteremia, W.C. Robbins y otro, Am. J. of Med., 10: 276, 1951.
- 12) A Note on the Use of Antibiotics in the Treatment of Infections with Some Gram-negative Bacilli, S. V. Keating, The Med. J. of Australia, 11—38 year, 709, 1951.
- 13) Treatment of H. Influenzae Meningitis With Aureomycin and Chloramphenicol, E. B. Schoenbach y otros, The Am. J. of Med., 12: 263, 1952.
- 14) Local Use of Chloramphenicol in Wound Infection, M. H. Flint y otros, The Lancet, 262: 541, 1952.

IV—Resistencia bacteriana a los antibióticos

- 1) Significance of Penicillin—Resistant Staphylococci, W. W. Spink, J. of Lab. and Clin. Med., 37: 278, 1951.
- 2) Cross—Resistance to Antibiotics, T. M. Gocke y otros, The J. of Lab. and Clin. Med., 38: 719, 1951.
- 3) Penicillin—resistant Staphylococci, G. A. C. Summers, The Lancet, 262: 135, 1952.
- 4) Royal Society of Medicine: Drug Resistance of Micro Organisms, The Lancet, 262: 400, 1952.
- 5) Chloramphenicol in Penicillin resistant infection, The Lancet, 262: 550, 1952.

V—Alteraciones de la flora bacteriana consecutivas al uso de antibióticos

- 1) Alterations in the Bacterial of the Throat During Oral Therapy with Aureomycin, M. Meads, P. H. Wallace, B. S. Haslam, N. C. Winston—Salem, Arch. Inter. Med., 87: 533, 1951.
- 2) Findings from Lingual Scrapings Taken During Treatment with Chloramphenicol and Aureomycin, W. Tomaszewski, J. of Clin. Path., 4: 393, 1951.
- 3) Alterations in Normal Bacterial Flora of Man and Secondary Infections during Antibiotic Therapy, C. S. Keefer, Am. J. of Med., 11: 665, 1951.

VI—Sobre infecciones

- 1) The spontaneous occurrence of new bacterial infections during the course of treatment with streptomycin or penicillin, Am. J. Med. Sc., 214: 56, 1947.
- 2) Monilial infections complicating therapeutic use of antibiotics, J. W. Woods, I. H. Manning, C. N. Patterson, J.A.M.A., 145: 207, 1951.
- 3) Moniliasis in Patients treated with Aureomycin, R. B. Pappert y otra, Arch. of Int. Med., 88: 729, 1951.

VII—Antagonismo y sinergismo antibiótico.

- 1) Bacteriologic Studies of the newer antibiotics: Effect of combined drugs on micro-organisms, Sophie Spicer, The J. of Lab and Clin. Med., 36: 183, 1950.
- 2) Studies of antibiotic synergism and antagonism: The Interference of Chloramphenicol with the actions of Penicillin, E. Jawetz, J. B. Gunnison, R. S. Speck, B. A. Coleman, Arch. Int. Med., 87: 349, 1951.
- 3) Estudios on Antibiotic Synergism and Antagonism: The interference of aureomycin Chloramphenicol and Terramycin with the Action of Streptomycin, Ernest Jawetz y otros, Am. J. Med. Sc., 22: 040, 1951.
- 4) Antibiotic Synergism and Antagonism in a Subacute Experimental Streptococcus Infections in Mice, R. S. Speck y otro, The Am. J. of Med. Sc., 223, 280, 1952.

VIII—Determinación de la sensibilidad bacteriana a los antibióticos.

- 1) Dried Disc Technique for Determining Sensitivity to the Antibiotics, B. A. Thompson, J. Clin. Path., 3: 118, 1950.
- 2) Blood media for the determination of sensitivity of Mycobacterium tuberculosis to streptomycin, M. S., Tarshis y otros, Am. J. Clin. Path., 21: 729, 1951.
- 3) The Routine Testing of the Sensitivity of Bacteria to Antibiotics, J. R. May y otro, The Lancet, 262: 636, 1952.

IX—Determinación de los antibióticos en los líquidos orgánicos.

- 1) A Single, Simple, Turbidimetric Method for the Assay of Aureomycin, Chloramphenicol, Penicillin, Streptomycin, and Terramycin in Capillary Blood and other Body Fluid, C. M. Whitlock y otros, The J. of Lab. and Clin. Med., 37: 155, 1951.



Publicaciones de la División
Dirección de Salud Pública
Asistencia Social.—Edición 8



División de Educación Sanitaria
Pública Ministerio de Sanidad y
Asistencia Social. Edición 8.000 Ejemp.

DES 2 III 53.

CONDICIONES DE PUBLICACION

Los manuscritos y la correspondencia relacionadas con ellos deben dirigirse al Director de la Revista: Prof. Pastor Oropeza, Apartado de Correos 3122, Caracas, Venezuela.

Los artículos remitidos deben ser inéditos. La Dirección, sin embargo, se reserva el derecho de reproducir los trabajos que a su juicio merezcan especial divulgación, haciendo constar la referencia bibliográfica correspondiente.

Los manuscritos se escribirán a máquina, a doble espacio, por un solo lado del papel y con suficiente margen. Las referencias que se admitirán son aquellas que figuren en el texto, dadas en el orden siguiente: Apellido del autor, nombre o iniciales de acuerdo con la publicación original, nombre de la revista, volumen, página y año. Ejemplo: Gutiérrez Solís, A. F. Acosta, César. Consideraciones sobre 157 intervenciones ortopédicas practicadas en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Vargas, Rev. de la Pol. Caracas. 28: 161, 1950.

Cuando se citen libros debe hacerse constar igualmente el nombre del autor, nombre de la obra, la página o páginas a que se refiere la cita, casa editora, ciudad en que fué editado, año. Ejemplo: Lammy, Maurice, Lamotte, Michel, Lamotte-Barrillon, S. La Denutrition. Pp. 404, G. Doin & Cie. París, 1948. Las abreviaciones o siglas deben ser las adoptadas por The American Medical Association. Para las revistas venezolanas se usarán aquellas adoptadas por la Biblioteca Nacional; véase "Anuario Bibliográfico Venezolano".

Las ilustraciones que acompañen al manuscrito serán numeradas, con sus leyendas correspondientes. Las ilustraciones deben ser de buena calidad y suficientemente demostrativas para su publicación. Si no fuese así, la Directiva se reserva el derecho de publicar el trabajo sin ellas. El trabajo debe tener un resumen en inglés.

La Dirección de la revista no se hace responsable por los conceptos emitidos en los trabajos aceptados para su publicación.

Cada autor de trabajos originales, recibirá 50 reimpresos gratis de los trabajos publicados. Si desea mayor número deberá gestionar su adquisición por escrito. El costo de los reimpresos extras será por cuenta del autor.

AMPOLLETAS BEBIBLES
DE
Trofina Elíxir

HIDROLIZADO DE PROTEINAS, VITAMINA B-1
Y COMPONENTES DEL GRUPO B, FACTOR
ANTIANEMICO HEPATICO



GARANTIA CIENTIFICA

AMIDORAL
CARBARGAL
CARBARGAL CON ATROPINA
CEVI-QUINA
DENTIGENOL
FORMETIL
METHION
PROTOGEL
SIGMOGEL
SULFOSPUMAN
TROFINA
TROFINA ELIXIR
YACRITON VITAMINADO
Gotas
YACRITON VITAMINADO
Ampollas

LABORATORIOS PROTON

LIVIFERROL B-12

(Asociación de Vitamina B-12)

OTRAS NOVEDADES

COLIRIO PHYSIA (Fisia)
al Sulfato de Zinc.
Antiséptico, vaso-constrictor y anestésico.

COLOROPLASTIN, Pomada
Clorofila y Vitaminas A y D en un excipiente no graso.

Agente cicatrizante y estimulante celular.

Proliferación rápida del nuevo tejido.

Acción desodorante.

TRISUL-PEN,
Comprimidos
Bacteriostático Polivalente
Terapéutica Mixta.
Penicilina G. Potásica, más 3 sulfamidas en el mismo comprimido.

FORMULA:

Extracto de Hígado ..	200 mgrs.
Extracto de Mucosa gástrica	100 "
Vitamina B-12	10 mcgrs.
Acido Fólico	1 mgr.
Sulfato Ferroso Puro ..	194 "
Vitamina C	50 "

(por cápsula)

INDICACIONES:

Toda clase de anemias. Recomendado para aumentar las defensas orgánicas.

POSOLOGIA:

2 a 3 cápsulas diarias, según prescripción médica.

PRESENTACION:

Frascos de 25 cápsulas.

Muestras a disposición de los Señores Médicos.

REPRESENTACIONES

J. PAULY, sus HIJOS & Cia. S.A.

Apartado N° 194 - CARACAS

ABEDELETI



VITAMINAS

Hidrosolubles y Liposolubles coloidizadas.

MINERALES NOBLES

De difícil hallazgo en los alimentos.

HIDRATOS DE CARBONO

Para el total aprovechamiento de las vitaminas

LEVULINATO DE CALCIO

Recalcificante inmejorable

FLUORURO DE CALCIO

Protector de la caries dentaria.

COMPLEMENTO DE LA DIETA-RECONSTITUYENTE

TRATAMIENTO DE LAS HIPOVITAMINOSIS

FUNCIONALES

PRODUCTOS "LETI" DE GARANTIA PARA LA

PROFESION MEDICA

40 Años de Respaldo Clínico



Por espacio de 40 años, el Dextro Malto ha sido elegido por los médicos de todos partes como el hidrato de carbono ideal para empleo en todas las fórmulas para la alimentación infantil.

La preparación de fórmulas para lactantes sanos y enfermos adaptadas a las necesidades nutritivas del caso individual es facilitada por las 5 formas en que se halla disponible el Dextro Malto—



MEAD JOHNSON & CO.
EVANSVILLE 21, IND., E.U.A.

OFICINA DE PROPAGANDA EN CARACAS

Corazón de Jesús a Perico

Edif. Bretaña - Apto. 8

Telf. 50.810 - Apdo. 3894

DEXTRO MALTO No. 1

Contiene cloruro de sodio. Para la alimentación infantil general.

DEXTRO MALTO No. 2

Sin sal, para regímenes especiales y cuando convenga restringir el cloruro de sodio.

DEXTRO MALTO No. 3

Con bicarbonato de potasio para aliviar ciertos casos de estreñimiento.

DEXTRO MALTO B CON EXTRACTO DE LEVADURA Y HIERRO

Ofrece un medio conveniente y económico de enriquecer la fórmula con complejo vitamínico B y hierro.

PECTINA AGAR EN DEXTRO MALTO

Para el tratamiento de la diarrea.

*A solicitud
enviaremos muestras,
literatura y fórmulas.*

